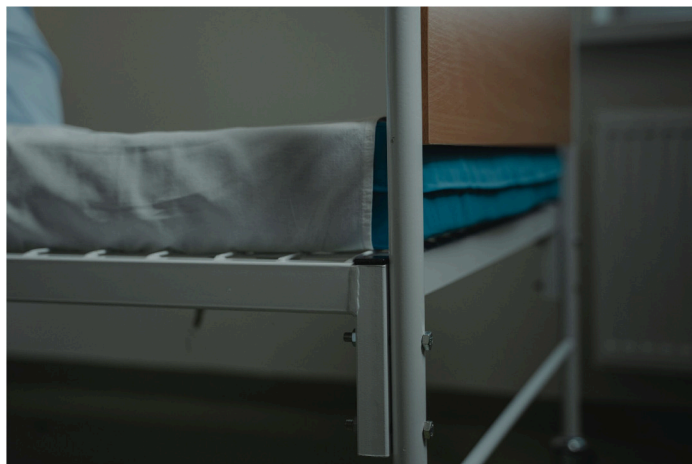


# INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES

Experiencias en Argentina a 35 años  
de la Declaración de Caracas



RED DE INVESTIGACIONES  
EN SALUD MENTAL



# **INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES**



# **INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES**

Experiencias en Argentina a 35 años  
de la Declaración de Caracas

Red de Investigaciones en Salud Mental

Sara Ardila-Gómez y Melina Laura Rosales  
(compilación)



Internaciones por salud mental en hospitales generales: experiencias en Argentina a 35 años de la Declaración de Caracas / Sara Ardila Gómez... [et al.]; Compilación de Sara Ardila Gómez y Melina Rosales. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2026. 516 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-526-5

1. Hospitales. 2. Salud Mental. 3. Argentina. I. Ardila Gómez, Sara II. Ardila Gómez, Sara, comp. III. Rosales, Melina, comp. CDD 362.21

© Editorial Teseo, 2026

Buenos Aires, Argentina

**info@editorialteseo.com** | **www.editorialteseo.com**

Hecho el depósito que previene la ley 11.723



DOI: 10.55778/ts877235265

Imagen de tapa: Tima Miroshnichenko en Pexels

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.



EBOOK



TeseoPress Design ([www.teseopress.com](http://www.teseopress.com))

ExLibrisTeseoPress 272560. Sólo para uso personal  
[teseo.press.com](http://teseo.press.com)

# Índice

Introducción. 35 años después .....	17
<i>Sara Ardila-Gómez</i>	
<b>I. Inicios de la internación psiquiátrica en hospitales generales en Argentina (1956-1983) .....</b>	<b>29</b>
Introducción .....	33
<i>Melina Rosales, Marina Fernández y Daniela Bonanno</i>	
Transitando el paradigma de cuidados en salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria. Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires .....	53
<i>Yesica Gutiérrez, Marcela Varela, Ana Moiron, Marcela España, Gustavo H. Rodríguez y Gloria María Coceres</i>	
Un siglo de trabajo: trayectorias, prácticas y desafíos en un hospital general. Unidades de Internación en Salud Mental del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	75
<i>Martín Francisco Caillava, Ana Palatnik, Mariana Giménez, Mariana Belén Grela, Pablo Alejandro Falero, Mariana Giselle Polesel y Aldana Maiani</i>	
Desafíos de la praxis en el dispositivo, particularidad y singularidad en la generalidad hospitalaria. Complejo hospitalario René Favaloro-Lucio Molas, Santa Rosa, provincia de La Pampa .....	89
<i>Marcos Pelizzari</i>	
El hospital general, a veces, como la puerta de entrada a la atención en salud mental. Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy .....	101
<i>Mónica N. Medina</i>	

De la cronificación a la dignidad: prácticas subjetivantes con el reconocimiento de derechos en salud mental. Hospital Padre Ángel Buodo, General Acha, provincia de La Pampa.....	113
<i>María Elena Daratha, María de los Ángeles Marticorena y Adriana Wunderlich</i>	
Un servicio de salud mental adentro y afuera del hospital general: los otros muros. Hospital 4 de Junio - Dr. Ramón Carrillo, Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia del Chaco ..	125
<i>Julieta Pujol</i>	
Una historia entre avances y retrocesos. Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, provincia del Chaco.....	139
<i>Valeria Árnica, Brenda Vandi</i>	

**II. Democracia, mercantilización y ampliación de derechos: sus marcas en la atención por salud mental en hospitales generales de Argentina (1983-2010) ..... 151**

Introducción .....	155
<i>Sara Ardila-Gómez, Martín Agrest y Claudia Baffo</i>	
El chalet de salud mental. Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe .....	169
<i>Mariángeles Parodi, Ana Victoria Quintero, María Cecilia Badano, Verónica Imhoff, Patricia Saganías, Nicolás Walter Bonantini, Alejandro Fabián Daniele, Marlen Inés Cotlier, Carlos López Barraza, Marcelo Benjamín Martínez, Mariano Andrés Mañas, Adrián Arrighi, Mónica Carranza, Fabiana Imola, Cristina Zattara y Martín René Chasset</i>	
Especificidad del abordaje de presentaciones agudas en una sala de internación de salud mental. Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín, La Plata, provincia de Buenos Aires .....	183
<i>Mercedes Kopelovich, Joaquín De Alba y Miriam Glaz</i>	
Sin palabras: a propósito de la internación en un hospital general. Hospital de Área, El Bolsón, provincia de Río Negro...	199
<i>Carla Roggero y Julieta Testa</i>	

- Lógicas hospitalarias y expansión del modelo comunitario. Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti, Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut.....213  
*Gabriela Fiel Martínez, Gabriela Casarotto y Andrea Beltramino*
- Entre los tiempos de la urgencia subjetiva y el entramado intersectorial en las internaciones por Salud Mental. Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán .....231  
*María Belén Díaz Ganin, María Eugenia López, María Pía Neme Scheij y María Laura Santos Lepera*
- El trabajo de salud mental comunitaria en un hospital general rural. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro .....243  
*Corina Anfuso Maciel, Fernando Cortés, Aníbal Gutiérrez, Karina Pacheco, Florencia Tanzariello y José Vidal*
- Cuidar cerca de casa: el trabajo con el sufrimiento psíquico en la estepa patagónica. Hospital Área Programa Adolfo Feintuch, Sierra Colorada, provincia de Río Negro .....259  
*Emilse Luiz*
- Arriba y al fondo: servicio de Salud Mental Dr. Roberto Berkunsky. Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet, Ayacucho, provincia de Buenos Aires .....273  
*María Inés Piscicelli y María Emilia Galarraga*
- Acerca de las vicisitudes del acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en un hospital general del interior del país. Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana, San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy .....285  
*María Constanza Castrillo*
- Herencias incómodas: la persistencia de lo manicomial en el hospital general. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos .....299  
*María Luz Beltrame, Laura Crosa, Sonia Vega, Agustina Fernández, Silvia Fernández, Betiana Córdoba Jacobsen y Máximo Monzón*

La articulación intersectorial y su necesidad para la garantía en la continuidad de cuidados. Hospital Distrital Dr. Miguel Lombardich, Puerto San Julián, provincia de Santa Cruz .....311  
*Alejandrina Ana Páez*

**III. Avances y retos en la integración de la salud mental en el hospital general (2010-2024)..... 323**

Introducción ..... 327  
*Alberto Velzi Diaz y Natalia Delmonte*

Trabajando sobre lo posible en la internación por Salud Mental en un hospital general sin sala específica. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires ..... 343  
*María Laura Scévola, Gabriel Hagman, Aldana Lorena Cantero y Lucía Bonifacio*

Desmanicomializar desde adentro: la externación como política de cuidado. Hospital General de Agudos Dr. Alberto Eurnekian, Ezeiza, provincia de Buenos Aires .....357  
*Federico Delgado*

Las internaciones de salud mental en el hospital general: un modelo de cuidados progresivos de la salud. Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén, provincia de Neuquén .....377  
*María Soledad Del Aguila y C. Sebastián Soria*

La integración de la salud mental con la salud infantil y de la mujer. Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada Concepción de María, La Rioja, provincia de La Rioja .....391  
*Alberto Gustavo Núñez, María Emilia Cejas Agüero, Nelson Alexis Pavón y Magdalena Wamba*

Barajar y dar de nuevo: algunas apreciaciones sobre los procesos de internación en Salud Mental. Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires .....405  
*Camila Lorenzi*

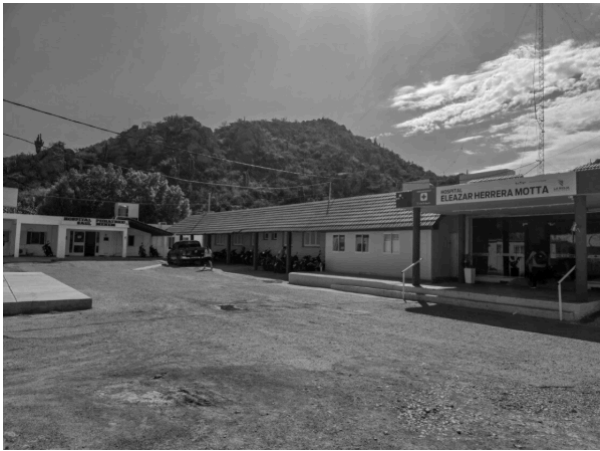
Los tiempos de internación en un hospital polivalente. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.....421  
*Lilia Domínguez, Mariela González, Cecilia F. Guardia, María Belén Santi y Zoraida Yapur*

Salud mental en el Litoral. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.....	433
<i>Mirna Clarisa Embon, Melina Cascino, Romina Cellerino, José Ignacio Olivieri, Giovana Franzolini y Francisco Romang</i>	
Proceso de adaptación de un hospital público a los principios propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental. Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.....	445
<i>Mauricio Arce, Hilen Páez Flores, Eva Silva, María Julia Silva, María del Carmen Villalba, Sabrina Díaz Coronel</i>	
Posibilidades y desafíos del trabajo en salud mental desde un hospital rural. Hospital Dr. Ventura Lloveras, Media Agua, provincia de San Juan.....	457
<i>Maira Reiser</i>	
Retos para el trabajo en salud mental en un hospital general del interior del país. Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz, Belén, provincia de Catamarca .....	467
<i>Karina Gisselle Canteros, Lilia Natalia Nahum y Rosana Natali Herrera</i>	
Salud mental en hospitales generales: un espacio por construir. Hospital Municipal Dr. Ignacio Pirovano, General Arenales, provincia de Buenos Aires.....	481
<i>María Laura Malagamba</i>	
Autores .....	497





Hospital Dr. Julio C. Perrando. Resistencia, Chaco.



Hospital Eleazar Herrera Motta. Chilecito, La Rioja.



Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana. San Salvador de Jujuy, Jujuy.



Hospital Gral. San Martín. La Plata, Buenos Aires.



# Introducción

*35 años después*

SARA ARDILA-GÓMEZ

Alrededor de 1990, el historiador Eric Hobsbawm marcaba el fin del siglo XX corto, periodo iniciado en 1914 con el estallido de la Primera Guerra Mundial y finalizado con la disolución de la Unión Soviética, que tuvo lugar entre marzo de 1990 y diciembre de 1991, con la independencia de 15 de sus repúblicas (Hobsbawm, 2009). En 1990 Alemania estaba en proceso de reunificación tras la caída del muro en 1989. Nelson Mandela era liberado tras 27 años de prisión. La Organización Mundial de la Salud eliminaba la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales. Fue el año de desarrollo de la World Wide Web (www).

En América Latina, finalizaba en Chile la dictadura militar, que duró casi 17 años. En Nicaragua, concluían la revolución sandinista y la guerra civil, lo que cerraba una etapa histórica. Colombia vivía sus elecciones presidenciales más sangrientas, con el asesinato de tres candidatos, mientras que el movimiento estudiantil universitario ganaba un plebiscito para instaurar una Asamblea Nacional y reformar la Constitución. En Argentina presidía Carlos Menem y comenzaban las acciones del plan de convertibilidad. En varios países avanzaban negociaciones de paz, y a su vez se consolidaban las políticas económicas del Consenso de Washington. América Latina y el Caribe tenía 490 millones de habitantes: 36 % tenían menos de 14 años y 5 % tenían 65 años o más. La esperanza de vida era de 69 años. El 30 % de la población vivía en zonas rurales, y el coeficiente de

Gini era aproximadamente de 0,50, lo que la convertía en la región más inequitativa del mundo (Alvaredo *et al.* 2023, Grupo Banco Mundial, 2025).

En noviembre de ese año, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud organizaron en Caracas, Venezuela, una Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. La reunión contó con el apoyo técnico y financiero del Instituto Mario Negri de Milán, Italia, y con el auspicio de asociaciones profesionales, organismos de derechos humanos, organismos intergubernamentales e instituciones académicas tanto de la región como de otras partes del mundo. Además de representantes de las instituciones patrocinantes, participaron juristas y miembros de parlamentos de diversos países de la región y también de delegaciones técnicas de varios países (OPS/OMS, 1990). El resultado de la Conferencia fue una Declaración: la Declaración de Caracas.

Como Declaración, la de Caracas ha sido en los 35 años desde su promulgación una herramienta clave de legitimación y construcción de consensos alrededor de los principios rectores de la reforma en la atención en salud mental en la región. Ha contribuido a aunar esfuerzos, a generar compromisos, a presionar a los gobiernos a modificar sus marcos normativos y la organización de servicios. Se ha consolidado como una referencia ética ineludible sobre lo esperable y lo inaceptable en la atención en salud mental.

La Declaración de Caracas no fue el inicio de la transformación de la atención psiquiátrica en la región, pero ha sido sin duda el hito más importante –hasta ahora– de esta. Con los tiempos actuales en que vivimos y a su vez entendiendo el complejo contexto global y regional que se vivía en ese momento, resulta fascinante y admirable que se haya logrado una Declaración conjunta de tan diversos actores. La simpleza y claridad –a la vez que profundidad– de sus postulados muestra su enorme valor. Los seis enunciados de Caracas eran los siguientes:

1. La vinculación entre la reestructuración de la atención psiquiátrica y la atención primaria de la salud, en cuanto esta promovía modelos de atención y cuidado centrados en la comunidad.
2. La revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. El cumplimiento de tres características en los cuidados y tratamientos provistos: la salvaguarda de los derechos y la dignidad de las personas, el propender a la permanencia de la persona en su medio comunitario, y el estar basados en criterios racionales y técnicos adecuados.
4. La actualización de las legislaciones de los países de modo tal que contemplaran los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental y la organización de servicios de salud mental que garantizaran el cumplimiento de tales derechos.
5. La orientación de la formación de los trabajadores de la salud mental hacia el enfoque de salud mental comunitaria, consonante con los demás puntos de la Declaración.
6. El compromiso solidario de las organizaciones, asociaciones y demás participantes de la Conferencia para promover la implementación de los puntos anteriores y de defender y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos hacia las personas con problemas de salud mental.

A 35 años de la Declaración de Caracas, América Latina y el mundo cambiaron, así como la atención en salud mental y la vida de muchas personas. Sin embargo, persisten deudas y atravesamos un momento de retroceso. El sistema de Naciones Unidas, heredero de la Segunda Guerra Mundial, parece perder buena parte de su poder y legitimidad. La Organización Mundial de la Salud enfrenta una crisis de financiamiento con la retirada de aportes de los Estados Unidos. Crecen la xenofobia y las guerras, con crisis humanitarias extremas y denuncias de genocidio. La Agencia de

las Naciones Unidas para los Refugiados señala que el sistema humanitario está al borde del colapso (ACNUR, 2025). Se baten récords de temperaturas a nivel global. Estados Unidos declina como potencia, y China pareciera erigirse como la nueva potencia económica global, acrecentando su influencia en varias regiones, entre ellas América Latina. Buena parte del mundo, y de América Latina, opta por gobiernos de extrema derecha, y resultan escalofriantes las similitudes con lo que el escritor Siegmund Ginzberg (2024) describía sobre Alemania en 1933, cuando se gestaba lo que fue la hegemonía del nazismo.

En estos 35 años, América Latina atravesó crisis sociales y económicas, procesos de paz, ciclos de gobiernos progresistas, ampliaciones de derechos, desplazamientos forzados, estallidos sociales, una crisis climática creciente, una pandemia. Hoy, la región tiene 662 millones de habitantes (35 % más que en 1990). 23 % tiene menos de 14 años (una disminución relativa del 36 %), y 10 %, mayores de 65 años (un aumento del 100 % respecto de 1990). La esperanza de vida promedio en América Latina es de 76 años (siete años más que en 1990), la población rural representa el 18 % (una disminución relativa del 40 % respecto de 1990), y el coeficiente de Gini es del 0,49, prácticamente igual que hace 35 años. Los promedios, sin embargo, ocultan las diferencias entre países y dentro de los países mismos. Pese a los cambios, América Latina sigue siendo la región más inequitativa del mundo.

¿Tiene sentido, 35 años después, y en este escenario actual, seguir ondeando como bandera de la atención en salud mental a la Declaración de Caracas? ¿Segue siendo guía de principios y valores, punto de generación de acuerdos y compromisos, herramienta de presión para la transformación de las condiciones de vida y atención digna de las personas con problemas de salud mental en la región?

Creemos que sí. Tiene sentido.

Como señalamos, fueron muchos los avances en estos 35 años. En buena parte de los países de la región, la

vinculación de la reforma psiquiátrica con la estrategia de atención primaria es una realidad, con diferentes acciones de promoción, prevención y atención en salud mental en el primer nivel de atención, y desarrollo de servicios ambulatorios y de internación por Salud Mental en hospitales generales. También han sido significativos los cambios en la formación de los profesionales de la salud y la salud mental, con mayor conciencia de la importancia de la dignidad en la atención y de la relación entre los componentes físicos y emocionales de la salud. La formación en algunas partes ha apostado fuertemente a promover la interdisciplina desde el inicio.

En la región, muchos hospitales psiquiátricos han perdido su rol central, y muchas personas pudieron volver a vivir y también a morir en sus comunidades. Sus trabajadores desarrollaron nuevas formas de cuidado y resignificaron su tarea. Las legislaciones nacionales se adecuaron progresivamente a los estándares de derechos humanos, impulsados por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que inscribió la salud mental en el modelo social de la discapacidad y promovió el pasaje del “tratamiento” a la “inclusión social”. De la mano de la CDPD, se fortaleció la participación de las propias personas con problemáticas de salud mental en las decisiones de política pública en salud mental. Asimismo, en estos 35 años, se desarrolló una amplia red de servicios de salud mental comunitarios que han posibilitado condiciones de vida más dignas.

Sin embargo, a su vez es claro que son diversos los retos pendientes para consolidar los principios de la Declaración de Caracas, y que, desde luego, los avances han sido desiguales entre contextos. Fue distinto el punto de partida, o la línea de base en que se encontraban los sistemas de salud y los servicios de salud mental en la región en el momento de la Declaración (González y Levav, 2007; Levav y Saraceno, 2020). Pero también fue disímil el impacto en los sistemas y servicios de salud mental de cada lugar, de las

políticas de reforma en salud de los 90, los intentos de coordinación posteriores y la pandemia. Es decir, la Declaración de Caracas podría ser pensada como una caja de pinturas y pinceles con la que contaron los países de la región para dar color a la reforma de la atención en salud mental. Las condiciones del lienzo y de quienes debían usar esos materiales eran diferentes.

Por ello consideramos que observar el estado actual de implementación en contextos concretos de los postulados de Caracas es una forma de revitalizar su valor, repensando lo allí planteado a la luz de las prácticas. Son diferentes los aspectos que pueden revisarse de Caracas, y en este libro hemos querido enfocarnos en uno que nos resulta central: la atención en salud mental en hospitales generales, y particularmente la internación por Salud Mental en tales instituciones.

Consideramos que revisar en detalle la cuestión de la atención por salud mental en hospitales generales permitirá reflexionar sobre los logros y tropiezos en la integración de la salud mental a la atención en salud en general, los avances y las deudas pendientes en la construcción de una red de servicios sanitarios y de protección social en los que enlacen los hospitales generales y, desde luego, los resultados en la salvaguarda de derechos, el respeto a la dignidad personal y la permanencia de la persona en su medio comunitario, cuando el lugar de atención es el hospital general.

En varios países de la región, y particularmente en Argentina –en donde hace foco este libro–, la atención por salud mental en hospitales generales, incluida la internación, se llevaba a cabo desde mucho antes de la Declaración de Caracas. Pero con esta se puso en el centro del debate y de la política pública en salud mental, en cuanto se pensó como una alternativa concreta a la internación en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Hoy, 35 años después, consideramos que es necesario iluminar ese debate y lo que de él parecieran ser verdades talladas en piedra, con lo que ocurre en el terreno de las prácticas. A partir de esta

idea, y gracias a un trabajo de investigación sostenido por casi 20 años con equipos y servicios de atención por salud mental en hospitales generales, nos propusimos dar cuenta de las formas en las que se desarrolla la atención por salud mental y la internación en diversos hospitales generales de Argentina.

Logramos de este modo convocar a 29 experiencias del país, cuyos autores, a través de sus relatos, ofrecen un rico material para pensar los retos, las dificultades y las soluciones creativas a las problemáticas que se presentan en la atención en salud mental en el marco de los hospitales generales. Nos invitan a pensar, a hacernos preguntas y a debatir con honestidad sobre las posibilidades y también sobre los límites del trabajo en salud mental y de la internación en los hospitales generales.

Las experiencias presentadas son heterogéneas en diversos aspectos, ofreciendo diferentes puntos de vista sobre la cuestión de la atención por salud mental en hospitales generales. Así, se incluyen en el libro experiencias de trabajo en hospitales de grandes aglomerados urbanos, de ciudades intermedias, de pueblos pequeños; trabajos que priorizan diferentes referencias teóricas; disímiles niveles de desarrollo de la red de servicios sociales y de salud en el lugar; variadas pertenencias disciplinares de los autores, entre otros. Hemos querido presentar esta heterogeneidad y puntos de vista –a veces opuestos– sobre ciertos problemas, justamente para posibilitar el debate constructivo.

En cada capítulo los autores, siguiendo una estructura común, muestran un panorama del hospital general en el que se desarrolla la experiencia, su historia, la población a la que atienden y su forma de organización. Después, historizan y describen la atención por salud mental en el hospital en cuestión para, a continuación, enfatizar lo referido a la internación por Salud Mental, sus características, retos y dificultades. Finalmente, presentan un caso o situación que, a juicio de los autores del capítulo, refleja algún aspecto significativo de su trabajo, bien sea porque evidencia los logros

alcanzados o los problemas que tratan de desanudar en su quehacer cotidiano.

Hemos agrupado los capítulos del libro en tres grandes apartados, cada uno correspondiente a un periodo amplio de tiempo. El primero va desde la primera experiencia incluida en este libro sobre internación por Salud Mental en un hospital general en el país hasta los años 70. El segundo abarca desde la década del 80 hasta los años previos a lo que constituye un importante hito en la salud mental del país, referido a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el 2010. El tercer y último apartado cubre el periodo comprendido entre la sanción de la Ley Nacional y el momento presente. Esta organización es, desde luego, arbitraria y, aunque sigue cierta lógica temporal, los lectores encontrarán que no es posible seguir una línea de tiempo precisa, pues en muchos casos los procesos se fueron desencadenando –gracias al empeño y empuje de algunos trabajadores, en muchos casos–, sin que sea posible definir una fecha inicial o fundacional de la atención o la internación por Salud Mental en un hospital específico. Estos marcadores temporales en cada lugar son a veces trazados con la contratación de algún profesional, la promulgación de algún documento legal o administrativo, algún cambio de denominación en la estructura hospitalaria y a veces con la creación de un servicio o sala.

Para cada uno de los tres apartados del libro, se realiza una presentación inicial, en la cual se contextualiza históricamente el periodo, con énfasis en eventos relevantes del sistema de salud y del estado de los servicios y la atención en salud mental en ese momento. Esto porque consideramos que una de las riquezas de los diferentes relatos presentados es que permiten seguir los avatares del sistema de salud argentino, así como de la pregnancia de ciertas políticas de salud y salud mental.

A su vez, en estas presentaciones por apartado, se delinean algunos de los puntos que consideramos significativos para el debate, y que emergen de tales relatos. Aspectos tales

como la importancia de los lugares en donde se ubican los servicios de salud mental en los hospitales (adentro, afuera, en el fondo, tras el muro), la cuestión de la internación en salas específicas o en salas generales, la importancia de las residencias en el trabajo de los servicios, los problemas en la escasez de ciertas especialidades como la psiquiatría y muy especialmente la psiquiatría infanto-juvenil, el surgimiento de “nuevos” roles profesionales, la relación con las otras especialidades presentes en los hospitales, las viejas y nuevas demandas de la población, lo que pasa cuando hay y cuando no una red de servicios comunitarios para garantizar la continuidad del cuidado, los problemas del pluriempleo de los trabajadores de los servicios, las intervenciones con las familias y lo que se espera de ellas, entre muchos otros aspectos.

Como señalamos, el primer apartado cubre un periodo amplio en el tiempo, en el cual se inician las experiencias de internación psiquiátrica en hospitales generales en el país, periodo que extendemos hasta la restauración de la democracia en 1983. Allí se incluyen las experiencias de siete hospitales generales, ubicados en cinco jurisdicciones del país. Algunos aspectos destacables de las experiencias de este apartado son la cuestión de la ubicación de muchos de los servicios de salud mental y salas de internación dentro del predio de los hospitales, pero en un lugar aparte del resto de los servicios, funcionando en muchos casos y durante mucho tiempo bajo la lógica de hospitales psiquiátricos, pese a pertenecer, al menos administrativamente, a un hospital general. También resulta de interés ver cómo en algunos lugares la creación del servicio de salud mental estuvo vinculada a la descentralización de los grandes hospitales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires, proceso por el cual se “devolvía” a los pacientes a sus provincias de origen.

El segundo apartado cubre el periodo comprendido entre el retorno de la democracia y los albores de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el 2010. Es

un periodo también amplio que abarca los avances, retrocesos y nuevos avances en los intentos de rectoría del nivel nacional en lo que respecta a la atención en salud mental, el desarrollo de algunas experiencias de transformación de la atención, así como de sanción de leyes en algunas jurisdicciones del país, y el fuerte desarrollo en la formación de recursos a través del sistema de residencias, que han sido determinantes en muchas de las experiencias incluidas en el libro. En este apartado se cuentan once experiencias desarrolladas en ocho jurisdicciones del país.

Finalmente, el tercer apartado va desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental hasta el momento presente, tratándose también de un periodo amplio en el cual se puede observar el surgimiento de otros actores en el campo de la salud mental, como son los órganos de revisión, y el peso que tuvo en muchos lugares el contar con el marco jurídico dado por esta Ley Nacional, aunado a desarrollos normativos y técnicos específicos en diferentes jurisdicciones. A su vez, el periodo incluye la pandemia y pospandemia por COVID-19, con los cambios que generó y las preguntas que dejó respecto de la organización de los servicios en salud y en salud mental. En este apartado se incluyen once experiencias desarrolladas en siete jurisdicciones.

Adicionalmente, se incluyen en el libro fotografías de los hospitales y los espacios de atención, a fin de ilustrar gráficamente la heterogeneidad de contextos en los que se lleva a cabo la atención en salud mental. Su intencionalidad es ayudar al lector a desarmar y a su vez ampliar las ideas que tiene respecto a lo que es un hospital general y a lo que es un lugar de atención por salud mental dentro de un hospital general. En este sentido, el primer grupo de fotos muestra la entrada de algunos hospitales generales, el segundo grupo las áreas dedicadas a la atención por salud mental, el tercero muestra algunas habitaciones en donde se cursan las internaciones, y el último grupo de fotos presenta los lugares en donde se pueden llevar a cabo actividades

grupales o de atención individual, así como áreas al aire libre dentro del predio de los hospitales.

Nuestro deseo es que este libro sirva como plataforma para el intercambio y el debate, y que, como se señalaba en el último punto de la Declaración de Caracas, nos conduzca a reforzar el compromiso solidario y mancomunado por hacer realidad una atención en salud mental digna, vital, empática, con eje en la comunidad, con fundamentos técnicos y científicos sólidos, y que tenga como marco los derechos y la inclusión de quienes sufren.

## Referencias bibliográficas

- ACNUR (2025). Tendencias Globales. Desplazamiento Forzado en 2024. Copenhague. [www.acnur.org/media/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2024](http://www.acnur.org/media/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2024).
- Alvaredo, F., Bourguignon, F., Ferreira, F., Lustig, N. (2023). Seventy-five Years of Measuring Income Inequality in Latin America. IDB Working Paper Series No. IDB-WP-01521, Interamerican Development Bank.
- Ginzberg, S. (2024). *Síndrome 1933*. Barcelona.
- González, R., Levav, I. (2007). Las raíces de la Declaración de Caracas (pp. 44-49). En Rodríguez, J. (Ed.). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. OPS, Washington D. C.
- Grupo Banco Mundial (2025). Datos. En <https://datos.bancomundial.org>.
- Hobsbawm, E. (2009). *Historia del siglo XX* (10.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires.
- Levav, I., Saraceno, B. (2020). Tres décadas desde la Declaración de Caracas, un hito para celebrar. *Salud Mental y Comunidad*, (9), 100-109. En [doi.org/10.18294/smcy.2020.5113](https://doi.org/10.18294/smcy.2020.5113).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Adoptada en la Conferencia Reestructuración de la Atención

Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.

# **I. Inicios de la internación psiquiátrica en hospitales generales en Argentina (1956-1983)**





Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe.



Hospital Dr. Ignacio Heller. Neuquén, Neuquén.



Hospital Regional Dr. Julio C. Perrando. Resistencia, Chaco.

# Introducción

MELINA ROSALES, MARINA FERNÁNDEZ Y DANIELA BONANNO

Estos párrafos introductorios invitan al lector a adentrarse en la primera sección de este libro, que reúne siete capítulos centrados en experiencias hospitalarias de las provincias de La Pampa, Jujuy, Chaco, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A través de estas narrativas institucionales, se despliega un mapa de prácticas diversas, con distintos niveles de desarrollo y configuraciones organizativas. Sin embargo, todas comparten un rasgo común: fueron experiencias pioneras en la internación por motivos de salud mental en hospitales generales del subsector estatal en la Argentina, desarrolladas entre 1956 y 1983, en un contexto de transición entre modelos asistenciales y paradigmas en disputa.

Para abordar la complejidad del surgimiento de estas experiencias, comenzaremos por una caracterización histórico-social del sistema de salud de la época, con eje en el periodo fundacional comprendido entre 1946 y 1955. Luego, presentaremos algunos elementos de contexto –tanto locales como internacionales– en torno a las políticas y reformas en salud mental que influyeron en el desarrollo de internaciones en hospitales generales. Finalmente, propondremos una reflexión sobre las huellas que aquella etapa dejó en las formas actuales de internar en el ámbito hospitalario general, identificando continuidades, transformaciones y desafíos persistentes que atraviesan los capítulos que componen esta sección.

## **La fundación del sistema de salud en Argentina: paso previo a la internación por Salud Mental en hospitales generales**

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, la salud empezó a ser un tema relevante de la intervención pública, asociado a los procesos de modernización del país (Veronelli, 2004). En esa época, se fundan los primeros hospitales generales, mayormente impulsados por universidades, sociedades de beneficencia y órdenes religiosas; en el marco de una red asistencial desigual y fragmentada entre provincias, con capacidad insuficiente y sin una política sanitaria nacional centralizada. Las asociaciones de socorros mutuos, organizadas por inmigrantes, financiaban la atención médica, mientras que las sociedades de beneficencia brindaban asistencia como caridad (PNUD, 2011). Aunque el Departamento Nacional de Higiene concentraba algunas funciones estatales de salud pública, principalmente en el control de enfermedades transmisibles, su capacidad de acción era limitada, y el Estado ocupó un rol secundario hasta la década de 1940 (Biernat, 2016; Veronelli, 2004). Este esquema fragmentado y desigual en la provisión de servicios respondía a una concepción liberal del Estado, en la que el derecho a la salud no era reconocido como tal, y donde la atención médica se constituía como mercancía o caridad según el sector social al que se perteneciera (Testa, 2020; Spinelli, 2022).

Fue a partir de 1946 cuando se transformó el sentido de la presencia estatal en las políticas sociales y se reforzó la centralización en la provisión de ciertos servicios, entre los que se encontraba la salud. A partir de ese año, el Estado financió programas verticales contra enfermedades endémicas, creó centros de salud ambulatorios y expandió la oferta de servicios en establecimientos propios, mientras que se impulsó la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de actividad, organizadas de manera voluntaria y por convenio colectivo (obras sociales). Este

proceso puede leerse como la emergencia de un proyecto sanitarista estatal, inspirado tanto en modelos internacionales como en desarrollos locales. Ramón Carrillo, como primer ministro de Salud, retoma en su concepción a autores como Henry Sigerist, quien afirmaba que el Estado debía asumir la responsabilidad activa de garantizar la salud como función esencial (Sigerist, citado en Spinelli y Arakaki, 2020).

En este periodo, que inició en 1946 y culminó en 1955, el Estado Nacional adquirió gran presencia como prestador y, pese a que la Constitución no le otorgaba atribuciones explícitas, nacionalizó hospitales y desplazó a las sociedades de beneficencia y a prestadores privados con y sin fines de lucro. Las ideas, prácticas y transformaciones del sistema de salud en Argentina de ese entonces deben leerse en un clima de época marcado por el debate internacional sobre el papel del Estado en la organización de la prestación de los servicios sanitarios, como lo ejemplifica el caso inglés con el Informe Beveridge (1942) y la posterior creación del Servicio Nacional de Salud. Este modelo apuntaba a la universalidad de la cobertura y a la construcción de una solidaridad nacional.

En ese marco, el trabajo de Ramón Carrillo estuvo orientado al desarrollo de una red de hospitales, a la ampliación de la infraestructura sanitaria –que pasó de 63.000 camas en 1946 a 108.000 en 1955– y a la profesionalización del equipo de salud (Rovere, 2004; Veronelli, 2004). Carrillo impulsó una política sanitaria que combinaba criterios técnicos con una visión social de la medicina, apoyado en sistemas de información epidemiológica, mapas sanitarios y planificación por necesidades territoriales. En su libro *Política Sanitaria Argentina* (2018), sostiene que “detrás de cada enfermedad hay un problema social” y que el sanitarismo debía intervenir sobre las causas estructurales del malestar. No obstante, su propuesta de centralización reforzó la figura del hospital como centro del sistema, con una fuerte presencia del médico como autoridad terapéutica,

reproduciendo el modelo médico hegemónico (Testa, 2020; Menéndez, citado en Spinelli, 2020).

Todas estas transformaciones sanitarias se produjeron en una época en la que Argentina experimentó la consolidación de un amplio Estado de bienestar, con políticas orientadas a la redistribución de las riquezas. Se promovió la industrialización como estrategia de expansión del mercado interno y se ampliaron significativamente derechos políticos, laborales, culturales y sociales. Sin embargo, este ciclo se vio interrumpido en septiembre de 1955 con el golpe de Estado que derrocó a Juan D. Perón. Este golpe no solo interrumpió un ciclo de ampliación de derechos sociales, sino que también implicó un giro en las políticas de salud, que desarticuló el proyecto sanitarista nacional y abrió paso a una mayor fragmentación del sistema, con fuerte presencia del subsistema de obras sociales y creciente peso del sector privado (PNUD, 2011; Rovere, 2004). Como plantean Spinelli y Testa, este fue el inicio de una tensión estructural que aún persiste: entre un sistema que reconoce a la salud como derecho y otro que la regula como mercancía, dejando al Estado atrapado entre ambas racionalidades.

## **Reformas y retrocesos en la política sanitaria del periodo 1955-1976**

A partir de 1955 y hasta 1983, el país atravesó un periodo de marcada inestabilidad política e institucional, caracterizado por la proscripción del peronismo, que generó tensiones sociales y un movimiento de resistencia en fábricas y barrios. En menos de dos décadas, se sucedieron ocho presidentes, en su mayoría militares, junto con breves gobiernos democráticos. Esta combinación de proscripción, represión y resistencia acentuó la fragilidad institucional y la conflictividad social, en un contexto de profundos cambios políticos, sociales y económicos (Romero, 2017).

Durante este ciclo se fue consolidando una estructura sanitaria signada por la fragmentación entre niveles del Estado, obras sociales sindicales, prestadores privados y organizaciones confesionales, lo que Mario Testa definirá más adelante como “sistema de no sistema” (Testa, 2020). Esta configuración institucional respondía a un doble movimiento: mientras el Estado nacional se retraía, emergían nuevos actores con intereses propios, entre ellos los sindicatos y la industria médica privada.

De este modo, el periodo que se abrió en 1955 significó un retroceso en la centralización estatal de la salud ya que se sostuvo que la salud pública debía ser considerada una función esencialmente provincial. Ello llevó al Estado Nacional a transferir progresivamente la gestión de hospitales a provincias, municipios y el sector privado, lo cual inició un proceso de descentralización que impactó en la disponibilidad de personal, equipamiento y presupuestos (Belmartino, 1994). Como plantean Merhy y Franco (2023), estos procesos de descentralización no necesariamente implican mayor democratización o cercanía con la comunidad, sino que muchas veces responden a estrategias de redistribución del gasto público que debilitan la rectoría estatal.

Al mismo tiempo, se amplió el uso de la cooperación internacional mediante convenios con la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud, y se implementaron programas verticales, incluyendo la salud rural. En este contexto, se sancionó la Ley n.º 17.102 de hospitales de comunidad y, hacia fines de la década del sesenta, la primera Ley de Obras Sociales (Belmartino, 1994). Estos programas verticales, aunque ampliaban la cobertura en ciertas áreas, muchas veces reproducían una lógica tecnocrática y fragmentada que desatendía la integralidad del cuidado. Como señalan Spinelli y Arakaki (2020), la planificación en salud fue dominada por matrices tecnocráticas que priorizaban indicadores y metas por sobre procesos de participación o atención situada.

A pesar de esta tendencia descentralizadora, hubo algunos intentos particulares de recuperar la centralidad del Estado nacional. Durante el gobierno democrático de Arturo Illia (1963-1966), el ministro Arturo Oñativia impulsó iniciativas que buscaban recomponer la capacidad regulatoria estatal, que finalmente terminaron fracasando frente a las presiones de la industria farmacéutica (López, 2025). Este caso es paradigmático para comprender los límites estructurales de la regulación estatal sobre intereses corporativos en salud. Como advierte Hugo Spinelli (2020), el campo sanitario es un campo de disputa, y cualquier intento de planificación encuentra resistencias por parte de actores con poder económico y simbólico.

También, en 1974, bajo el tercer gobierno democrático de Juan Domingo Perón, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que otorgaba al Estado un rol de financiador y garante económico de un sistema único e igualitario, con posibilidad de incorporar provincias, universidades y al sector privado a través de convenios. El SNIS no prosperó por la falta de apoyo de las organizaciones sindicales y del sector privado. El fracaso del SNIS expresa una tensión histórica en el sistema argentino: la dificultad de construir mecanismos de articulación entre subsistemas con lógicas institucionales y políticas muy disímiles, en un contexto sin conducción sanitaria única. Este obstáculo, como destaca Testa (2024), sigue vigente hasta hoy.

Las décadas del 60 y 70 se caracterizaron por la disminución de camas públicas y la expansión de la capacidad instalada privada, consolidando un modelo pluralista, segmentado y desigual de planificación sanitaria (Veronelli, 2004; PNUD, 2011). Este proceso consolidó lo que Jairnilson Paim denomina un “modelo liberal de segmentación estructural”, donde el acceso a los servicios de salud depende del ingreso, del tipo de cobertura y de la pertenencia institucional del usuario (Paim, 2010). A ello se sumó un proceso de creciente especialización ligado a la tecnología diagnóstica y la aparatología, que encareció los costos de atención y

generó desequilibrios financieros en las obras sociales. Este fenómeno, explicado internacionalmente como “demanda inducida por la oferta”, implicó que el aumento de especialistas, camas y equipos complejos estimulara un aumento de la demanda no siempre ajustada a las necesidades de los pacientes (Belmartino, 2005). Desde una perspectiva crítica, autores como Merhy y Franco advierten que este fenómeno técnico-financiero no es neutral: la expansión de la tecnología sin regulación favorece a los sectores corporativos, profundiza las inequidades y debilita los procesos de cuidado centrados en el sujeto (Merhy y Franco, 2023).

## **Reformas, influencias y construcción del campo de la salud mental en Argentina**

En lo vinculado a las políticas de salud mental a nivel global, a comienzos del siglo XX, ya se habían formulado críticas a la psiquiatría clásica y al hospital psiquiátrico tradicional, aunque fue recién en el escenario de posguerra de la Segunda Guerra Mundial cuando el panorama comenzó a transformarse de manera significativa. Fueron varios los factores que confluyeron y que posibilitaron dicha transformación. Entre ellos, se incluyen el crecimiento de las posiciones humanistas surgidas tras la guerra, que revalorizaron la defensa de los derechos humanos; la entrada en la escena política de sectores populares, progresistas y democráticos que se mostraron dispuestos al cambio; el acelerado desarrollo de la psicofarmacología, que proveyó una herramienta para privar de soporte argumental a las internaciones prolongadas; y la necesaria y acelerada reconstrucción de los sistemas de salud devastados tras la guerra en el marco de los Estados de bienestar (Galende, 1994; Stolkiner, 2003; Stolkiner y Solitario, 2007). Tal como plantea Sigerist, el desarrollo de la medicina social y la ampliación de la noción de salud fueron inseparables del surgimiento del Estado

moderno y de su papel en la organización de los servicios sanitarios, donde la salud comenzó a pensarse como un derecho colectivo y no solo como una cuestión individual (Sigerist, 2024).

De este modo, hacia fines de la Segunda Guerra Mundial y en el contexto del desarrollo de los Estados de bienestar keynesianos, se consolidó en los países centrales capitalistas lo que se ha denominado “movimiento de salud mental”. En este periodo la Organización Mundial de la Salud comenzó a insistir en la transformación de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas y en la búsqueda de alternativas a la institución asilar, promoviendo la prevención y la salud mental comunitaria. Este giro coincide con lo que Desviat (2015) describe como la emergencia de un paradigma de la atención comunitaria, que desplaza el eje del hospital hacia el territorio, en un intento de romper con la “institucionalización de la locura” y con el encierro como forma de control social. Con este marco, se desarrollaron procesos de reforma en distintos países. Entre ellos, se destaca el movimiento de atención comunitaria en Inglaterra promovido por la Mental Health Act (1959); el de la psiquiatría comunitaria y preventiva de los Estados Unidos, con la “Ley Kennedy” (1963); la política del sector salud en Francia y la reforma psiquiátrica italiana encabezada por Franco Basaglia (1978).

La política del sector en Francia promovía la atención territorializada, organizada en sectores geográficos con equipos de salud mental responsables de todas las dimensiones de la atención –prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento– y de la relación con la comunidad. Los principios de integración social del enfermo, trabajo en red y continuidad en la atención orientaron tanto la organización del sector como la promoción de la internación en hospitales generales, concebidos como parte de una red sanitaria articulada con la comunidad (Galende, 1990). Esta lógica sectorial anticipa la noción contemporánea de redes de atención en salud mental, donde el sujeto se reconoce

como parte de un entramado social y no como un cuerpo aislado, tal como lo subraya Caponi (2024) al referirse al pasaje “de la locura como representación individual al poder psiquiátrico sobre la población”.

La reforma italiana transformó los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, promoviendo la participación de pacientes, profesionales y la comunidad. Específicamente, la ley 180 de 1978 consolidó la desinstitucionalización al trasladar gran parte de la atención a centros comunitarios y a los servicios de psiquiatría de hospitales generales, con el objetivo de integrar la salud mental en el resto del sistema de salud y promover la reinserción social de los pacientes (Galende, 1990). Rotelli (2014) retoma esa experiencia mostrando que la desinstitucionalización no implicó solo el cierre de los manicomios, sino la invención de nuevas formas institucionales abiertas, inclusivas y democráticas. Según el autor, “vivir sin manicomios” significó sustituir el paradigma de la peligrosidad por el de la existencia sufriente y su relación con el cuerpo social. Desviat (2015), por su parte, enfatiza que el proceso italiano no se limitó a una reestructuración administrativa, sino que configuró una verdadera transformación ética y política de la atención, en la que la libertad del paciente se volvió un criterio terapéutico.

En Estados Unidos, los objetivos de la reforma se orientaban a acercar los servicios a la comunidad, usando hospitales generales como sedes para integrar salud mental y atención médica. Inspirados en la intervención en crisis de Lindeman y la prevención de Caplan, combinaban atención ambulatoria, hospitalización parcial, programas psicoterapéuticos y psicoeducativos, promoviendo la participación profesional y comunitaria. Fue central la figura de los centros de salud mental comunitaria. Como señala Lonigro (en Vallejo *et al.*, 2022), estas transformaciones internacionales influyeron en América Latina, donde las políticas de salud mental se articularon con proyectos de democratización y con la emergencia de nuevos actores sociales, lo que en

Argentina se tradujo en una disputa por el sentido mismo de la práctica psiquiátrica.

Estos procesos de reforma, aunque con matices propios, encontraron eco en nuestro país, donde los movimientos y las políticas de salud mental comenzaron a delinear un camino particular. En esta misma dirección, ya en la década del 40, Carrillo había comenzado a incorporar la cuestión de la salud mental en su planificación sanitaria. Según señala Di Nanno, “reorganizó los establecimientos de internación, planificando las camas de salud mental de modo que permitiera a los internados estar más cerca de sus familias como un factor tendiente a evitar la cronificación” (Di Nanno, 2008, p. 156). En esta etapa inicial, puede observarse la continuidad del paradigma higienista y moralizador que, como describe Lonigro (2022), había fundado el dispositivo manicomial en Argentina en el siglo XIX, y que recién comenzaba a ser cuestionado por nuevas concepciones de la locura y del cuidado.

Con este antecedente, algunos autores señalan 1957 como un hito que transformó cualitativamente el campo de la salud mental en Argentina (Carpintero y Vainer, 2004). En ese año, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que no solo estableció el rol político activo del Estado Nacional en los problemas del campo, sino que además nominó oficialmente lo que hasta ese momento se entendía como “psiquiatría”. Entre sus fines, figuraban prevenir las enfermedades *neuropsiquiátricas*, prestar asistencia integral a quienes las padecían y contribuir a su recuperación y rehabilitación social (Chiarvetti, 2008). Esta institucionalización puede leerse como parte del proceso de profesionalización del campo médico que Sigerist (2024) caracteriza históricamente: el pasaje del médico individual a una práctica social regulada por el Estado y orientada al bienestar colectivo.

También en 1957 se creó la Comisión Argentina Asesora de Salud Mental, con el objetivo de actualizar permanentemente un programa de atención de la salud mental para todo el país, teniendo entre sus integrantes al Dr. Mauricio

Goldenberg y al Dr. Jorge García Badaracco. En la primera conferencia anual de esta Comisión, se planteó la urgencia de dejar atrás el modelo de la psiquiatría y avanzar hacia un abordaje amplio, que permitiera intervenir en la vida comunitaria e identificar los factores sociales que impactaban de manera negativa sobre la personalidad. En esa línea, la propuesta de instalar consultorios de psiquiatría en los hospitales generales expresaba la voluntad de integrar la especialidad al conjunto de la medicina, rompiendo con la segregación manicomial que la mantenía aislada, y al mismo tiempo habilitar un camino hacia la prevención (Chiarvetti, 2008). Se trataba de un hito, y se trataba de estar en consonancia con lo que estaba pasando en términos globales.

En ese escenario el Dr. Mauricio Goldenberg creó en 1957 uno de los más conocidos servicios de psicopatología y neurología dentro de un hospital general (Gaudio, Maldonado y Steinberg, 1995). Goldenberg sostenía que la práctica psiquiátrica, por su complejidad, requería de un enfoque ecléctico, que incorporara avances disponibles en el campo e integrara elementos de la psiquiatría clásica, del psicoanálisis y de la psiquiatría comunitaria. Sus postulados se orientaban en la necesidad de instalar consultorios externos y servicios de psiquiatría en hospitales generales, ya que estos facilitaban el acceso y permitían que los pacientes no fueran diferenciados de quienes padecían otras enfermedades. Además, consideraba que las internaciones debían ser de corta duración, con el objetivo de favorecer una rápida reinserción social y laboral. Cabe recordar que el Policlínico de Lanús, donde Goldenberg inauguró el servicio, había sido creado en 1952 como uno de los últimos establecimientos de la gestión de Carrillo. Se trataba de un hospital de alta complejidad, de cinco pisos y con 450 camas de internación (Carpintero y Vainer, 2004)

En 1967, durante el gobierno militar de Onganía, se puso en marcha un Plan de Salud Mental que contemplaba la incorporación de comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos. El modelo de las comunidades terapéuticas

se implementó de manera piloto y con resultados dispares. Tal como explica Desviat (2015), muchas de estas experiencias se vieron tensionadas por la contradicción entre el ideal participativo de las comunidades terapéuticas y los marcos autoritarios en los que debían desenvolverse, generando procesos de “contrarreforma” temprana. Un ejemplo fue la experiencia encabezada por Raúl Camino en la Colonia Federal, en Entre Ríos, que logró sostenerse hasta la dictadura de 1976. En contraste, la iniciativa de Ricardo Grimson en el Hospital Estéves (Buenos Aires) fue interrumpida de manera abrupta en 1971 bajo el gobierno de Levingston. Tal como señala Chiarvetti (2008), los principios que orientaban a las comunidades terapéuticas –la democratización, la libertad de comunicación y la centralidad de la asamblea comunitaria– chocaban de lleno con la lógica autoritaria de los gobiernos militares que se sucedían en ese momento. Sin embargo, resulta paradójico que los primeros intentos de reforma democrática en salud mental en la Argentina hayan emergido precisamente en el contexto de gobiernos de facto. En ese mismo marco, se habilitó también la participación de psicólogos en colonias de distintas provincias del país, lo que marcó un cambio en la configuración del campo profesional.

A fines de la década del 60, en el contexto del Cordobazo<sup>1</sup>, el campo de la salud mental también experimentó cambios significativos. Se creó la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, integrada por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos, que lideró diversas luchas gremiales y políticas, orientándose cada vez más hacia los valores del psicoanálisis y distanciándose del modelo alienista (Chiarvetti, 2008; Vainer, 2019; Galende, 1990). Estos movimientos pueden entenderse como expresiones locales

---

<sup>1</sup> El Cordobazo fue una insurrección obrera y estudiantil ocurrida en la provincia de Córdoba el 29 de mayo de 1969, contra la dictadura de Onganía. Constituyó un hito en la historia social y política argentina al debilitar al régimen militar y abrir un ciclo de intensa conflictividad.

de lo que Caponi (2024) denomina “psiquiatría ampliada”: un proceso en el que los saberes y las prácticas psi se desplazan de la patología hacia la gestión de la población, generando resistencias críticas frente al poder disciplinario. Paralelamente, la Federación Argentina de Psiquiatras se constituyó como un movimiento amplio que llegó a reunir a más del 80 % de los psiquiatras del país. Junto con la Confederación de Psicólogos de la República Argentina, con la participación de psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, organizaciones sindicales y el respaldo de algunos partidos políticos, se promovió una reestructuración del sistema de atención de salud mental en la dirección de lo comunitario.

Sin embargo, este impulso reformista fue severamente diezmado durante la última dictadura militar (1976-1983), cuando muchos servicios retornaron a la rutina de sus antiguos rituales y numerosos profesionales implicados debieron exiliarse (Galende, 2008). Específicamente, los servicios de salud mental de hospitales generales sufrieron grandes modificaciones en ese periodo, por la persecución, tortura y desaparición de sus trabajadores o bien por normativas establecidas por las nuevas autoridades; todas ellas ampliamente documentadas (Carpintero y Vainer, 2003; Visacovsky, 2001; Dulitzky, Grela y Rodiño, s/f). Rotelli (2014) advierte que los retrocesos autoritarios en los sistemas de salud mental suelen reponer la lógica del control y la exclusión bajo formas renovadas de institucionalización, recordando que “las reformas solo viven en la medida en que se practican cotidianamente”.

### **Siete experiencias: huellas y recorridos de la internación en hospitales generales**

Tal como señalamos al comienzo, los lectores del libro encontrarán en este primer apartado las valiosas experiencias de siete servicios pioneros en la internación por

motivos de salud mental en hospitales generales, en el periodo comprendido entre 1956 y 1983. Las experiencias son heterogéneas, aunque en la lectura se podrán apreciar algunas de las características del periodo en que se originó la internación en dicha institución y cómo las “huellas” de esta etapa que recién describimos marcaron la forma actual en que se configura el servicio y, en particular, la internación. Leeremos desde la voz de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros algunos de los retos y las dificultades que persisten a la fecha, así como también las potencialidades del trabajo desde el hospital general.

El capítulo que inaugura este apartado es el del *Hospital Evita* de Lanús, el pionero en la incorporación de la salud mental dentro de los hospitales generales, desde una perspectiva de salud mental comunitaria en Argentina. Su valor no reside solo en el presente que describe, sino también en la memoria de su origen: una creación en tiempos del primer peronismo, cuando el Estado de bienestar se expandía con fuerza y la salud pública se concebía como derecho. El recorrido histórico del capítulo transita este impulso inicial con las transformaciones posteriores que acompañaron la inestabilidad política y la descentralización de las décadas siguientes, hasta llegar a su actual situación como hospital provincial.

Seguidamente, los lectores encontrarán el trabajo que trata sobre el *Hospital Piñero de la Ciudad de Buenos Aires*, el cual permite observar cómo la internación por Salud Mental en hospitales generales data de hace casi un siglo, pero que en sus orígenes respondía a una lógica similar a la de los hospitales psiquiátricos tradicionales, y no al modelo que se fundó en el país con el servicio del Evita de Lanús. Además, se destaca en este capítulo el que se reciban en el servicio las derivaciones de hospitales psiquiátricos para la atención de mujeres que cursan embarazos, planteando aún en la actualidad desafíos para la atención integral en salud mental en el hospital general.

El capítulo del *Hospital Perrando en Chaco* permite al lector visualizar las transformaciones de la salud mental en los años 70 que se abordaron en el apartado anterior. Nos introduce a la dimensión histórica de los servicios, mostrando cómo, desde 1972, con recursos iniciales de Nación, el servicio se organizó como comunidad terapéutica: un internado a puertas abiertas, con orientación psicodinámica y comunitaria, donde se priorizaban los espacios colectivos y las asambleas. El capítulo nos hace apreciar cómo estas bases fueron transformadas durante la dictadura, dejando rastros visibles en la configuración actual del hospital.

El capítulo del *Hospital Carrillo en Chaco* y el del *Hospital Padre Ángel Buodo de La Pampa* nos muestran cómo originalmente, a pesar del clima de época, se trató de instituciones para alojar “la cronicidad”, es decir, cercanas a la lógica de trabajo en hospitales psiquiátricos, con camas destinadas a pacientes sin red de contención y con escasas posibilidades de reinserción social. En este sentido, el caso del *Hospital Padre Ángel Buodo en La Pampa* constituye un analizador privilegiado de cómo los procesos de reforma en la década del 60 se pensaron con un enfoque territorial, orientado a “devolver” a las personas a sus comunidades de origen. Si bien hoy podemos comprender a los hospitales generales como un servicio más dentro de una red con distintos niveles de atención, que deben propiciar la continuidad de cuidado y la integración social, esta lógica no era evidente, funcionando el Hospital General como centro de alojamiento con una orientación territorial incipiente.

Relacionado con esto, el capítulo del *Hospital Evita de Lanús* y el de *Sáenz Peña, Chaco*, nos invitan a pensar las tareas aún pendientes respecto de la disponibilidad de una adecuada red de servicios con base comunitaria, es decir, dispositivos que contengan en el “afuera hospitalario”, de modo de evitar lo que en ambos capítulos se nombra como “internaciones prolongadas”.

Estos dos capítulos, junto con el del *Complejo Hospitalario René Favalaro en Santa Rosa de La Pampa* y el del *Hospital*

*Perrando de Chaco*, nos ayudan a abrir la discusión en torno a la medicación; ya sea por su disponibilidad, por su centralidad en las prácticas clínicas o por las dificultades que genera su ausencia, la cuestión farmacológica aparece como un eje que atraviesa la atención en salud mental. Más allá de las particularidades de cada servicio, los relatos nos invitan a reflexionar sobre el valor de la disponibilidad de medicación para garantizar una atención adecuada en momentos de crisis y, al mismo tiempo, para sostener los procesos de cuidado en el marco de una salud mental comunitaria. Desafío aún pendiente.

En estos dos capítulos y en el del *Hospital Pablo Soria de San Salvador, Jujuy*, se pone de relieve un desafío central y aún pendiente en el campo de la salud mental: la creciente demanda de internación por consumos problemáticos, que aumenta año tras año y plantea dificultades particulares, sobre todo cuando no existen salas específicas. La lectura de estos capítulos invita a reflexionar sobre cómo los hospitales generales enfrentan estas nuevas demandas y sobre las posibilidades de repensar las prácticas en el marco de salas generales.

Todos los capítulos de este apartado nos invitan a reflexionar sobre el lugar que ocupa la salud mental, tanto en términos de la estructura edilicia de los servicios como de los espacios físicos donde se interna. En su mayoría, los servicios se ubican en los márgenes: en edificios antiguos dentro del predio hospitalario, rodeados de sectores en condiciones de demolición –como la morgue o Kinesiología y Rehabilitación–, o en construcciones contiguas pero separadas del edificio central, lo cual genera la sensación de “estar y no estar” al mismo tiempo. Incluso cuando los edificios se unifican mediante pasajes o una gestión administrativa común, la internación en salud mental queda en un espacio diferenciado del resto de la institución. En algunos hospitales, además, los servicios funcionan en casas donadas fuera del predio principal, lo que refuerza la idea de una localización periférica. La única excepción la constituye el *Hospital*

*Evita*, donde el servicio de salud mental fue incorporado plenamente a la estructura central del hospital, mostrando un modelo distinto de integración. Esta diversidad invita a preguntarnos hasta qué punto el lugar físico que ocupa la salud mental en el entramado hospitalario refleja –y al mismo tiempo produce– el lugar simbólico y político que se le asigna dentro del sistema de salud.

Para cerrar, encontrará el lector en estos capítulos una referencia constante y permanente al hospital general como espacio de prácticas subjetivantes y de cuidado. Ya sea durante internaciones breves, en las que el sentirse contenido y alojado constituye un componente terapéutico esencial, o en las instancias de urgencia que se transforman en oportunidades para nombrar el sufrimiento e iniciar un trabajo posterior, emerge la necesidad de un cuidado ético, hecho desde la ternura y desde el deseo de los profesionales. Como recordaba Ulloa, el cuidado no se limita a una técnica, sino que implica una posición ética frente al otro (Ulloa, 1995)

La invitación, entonces, es a que el lector se sumerja en los capítulos que siguen, donde estas experiencias cobran voz propia y permiten reconocer en lo concreto de las prácticas hospitalarias la potencia de la salud mental en el hospital general. Más aún, en el contexto histórico actual de la Argentina, en el que se debaten y redefinen las políticas públicas de salud en general y salud mental en particular y el lugar de los hospitales generales dentro de ellas, recuperar estas experiencias ofrece una oportunidad valiosa para pensar alternativas de cuidado posibles y necesarias, como así también los desafíos aún pendientes en nuestro campo.

## Referencias bibliográficas

Biernat, C. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización sanitaria argentina (1880

- 1945). *Trabajos y Comunicaciones*, (44), e021. Recuperado de <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe021>.
- Caponi, S. (2024). *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Remedios de Escalada: EDUNLa.
- Carpintero, E., & Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 173-182.
- Desviat, M. (2015). *A reforma psiquiátrica* (V. Ribeiro, Trad.; 2.º ed.). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Di Nanno, A. (2008). Hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 155-166.
- Dulitzky, S., Grela, V., & Rodiño, E. (s/f). *Arqueología de Residencia del Hospital Parmenio T. Piñero. Clepios: una Revista para Residentes de Salud Mental*, vol. 5, n.º 1, 18-21.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión del no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gaudio, R., Maldonado, G., & Steinberg, S. (1995). Entre el mito y la historia. *Clepios: una Revista para Residentes de Salud Mental*, 2, 29-31.
- Lonigro, N. (2022). *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*. En G. Vallejo, M. Miranda, A. Álvarez, A. Carbonetti, & M. S. Di Liscia (Comps.), *La historia de la salud y la enfermedad interpelada*. Remedios de Escalada: EDUNLa.
- López, S. (2025). El sistema de salud argentino: Breve recorrido histórico-político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad. En G. S. López & V. Michelli (Comps.), *Para pensar la salud colectiva. Algunas categorías y temas* (pp. 51-69). La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Romero, L. A. (2017). *Breve historia contemporánea de la Argentina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. *La Esquina del Sur*. <https://share.google/C6PM4Fr4xpGuEdq9i>.
- Sigerist, H. E. (2024). *Historia y sociología de la medicina: selecciones*. Remedios de Escalada: EDUNLa.
- Spinelli, H. (2022). *Sentir jugar hacer pensar: la acción en el campo de la salud*. Remedios de Escalada: EDUNLa.
- Testa, M. (2023). *Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso salud*. Remedios de Escalada: EDUNLa.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Vainer, A. (2019). La salud mental en la Argentina: memorias y luchas. En A. Trímboli (Ed.), *El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias en salud mental y derechos* (pp. 33-42). Buenos Aires: Noveduc.
- Veronelli, J. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Visacovsky, S. (2001). *El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956–1992)*. Buenos Aires: Infomed.



# Transitando el paradigma de cuidados en salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria

*Hospital Interzonal General de Agudos Evita,  
Lanús, provincia de Buenos Aires*

YESICA GUTIÉRREZ, MARCELA VARELA, ANA MOIRON, MARCELA ESPAÑA, GUSTAVO H. RODRÍGUEZ Y GLORIA MARÍA COCERES

## Introducción

El capítulo invita a realizar un recorrido histórico y contextualizado del servicio de Salud Mental “Dr. Mauricio Goldenberg” del Hospital Evita de Lanús. A lo largo del capítulo, se utilizará la nominación del servicio entrecomillada para reflejar las tensiones que persisten al interior de un servicio escindido que aspira a corresponderse bajo tal denominación. En ese sentido, como condición de posibilidad para el desarrollo del presente capítulo, se asumió el principio de interdisciplina, a modo de garantizar la presencia y labor de las diversas perspectivas. Se pudo concretar, por la convocatoria realizada por quien lo dirigió, la participación de un representante de cada una de estas que cumpliera con los criterios de haber conformado el equipo de salud mental de la sala de internación, por un tiempo considerable y durante más de cinco años, con funciones de coordinación o superiores.

Si bien el trabajo hace énfasis en el dispositivo de internación, se procura describir la trayectoria del

servicio en clave de continuidad de cuidados, incluyendo aquellos dispositivos que brindan atención integral, apoyo y sostén con la finalidad de disminuir las internaciones prolongadas y las reinternaciones. En esa línea, se presenta un caso que ilustra dicha situación y que constituye, en el último tiempo, un desafío frecuente para el servicio. Finalmente, se identifica la necesidad de crear espacios de intercambio entre los diversos dispositivos y disciplinas que componen el servicio con el objetivo de fortalecer estrategias que promuevan la continuidad de los cuidados y posibilidades de abordaje de las problemáticas emergentes y prevalentes en el territorio.

## El hospital

El hospital Evita fue construido por la Fundación Eva Perón e inaugurado en el año 1952 con dependencia nacional. Contaba con una amplia y diversa oferta de servicios médicos y no médicos de creciente complejidad, acompañada por una estructura edilicia de calidad, entre los que se incluyeron materiales como mármol de Carrara, que aún pueden apreciarse en el *hall* central y las escaleras. En 1955, el nombre del Policlínico fue proscrito en el marco de la “Revolución Libertadora”, con lo cual pasó a llamarse “Dr. Araoz Alfaro” por más de treinta años, y restituyó su nominación “Evita” ya entrada la democracia, como también modificó su nominación a hospital interzonal de agudos con dependencia en la provincia de Buenos Aires mediante el Decreto 338/79.

Este hospital se encuentra ubicado en Lanús, uno de los municipios que conforma el Área Metropolitana de Buenos Aires, siendo el partido más densamente poblado de esta, contando con 462.051 habitantes, según el último Censo Nacional (INDEC, 2022). En términos de

organización sanitaria, Lanús, junto con ocho municipios más, pertenece a la Región Sanitaria VI, cuya población es de 3.747.486 habitantes. Dicha Región Sanitaria cuenta con 18 hospitales provinciales, tanto generales como especializados. Al ser el Hospital Evita de carácter interzonal, tiene como área programática toda la región sanitaria, principalmente para servicios de guardia e internación. Aun así, la mayoría de las personas atendidas son habitantes de Lanús, municipio en el que se emplazan asentamientos territoriales y villas de emergencia, con alta vulnerabilidad social. La mayoría de las personas atendidas en el hospital cuentan con cobertura pública exclusiva, siendo además importante la población con cobertura de PAMI, obra social que cubre a los jubilados y pensionados de Argentina. El hospital ofrece atención ambulatoria y de internación en más de 40 especialidades médicas y no médicas, incluyendo las de tipo clínicas y quirúrgicas para población infantil y adulta, además de servicios diagnósticos, preventivos y de cuidados.

En cuanto a su estructura, el edificio cuenta con una planta baja y cinco pisos, divididos en dos cuerpos, además de un chalet donde funcionan los dispositivos ambulatorios del servicio de Salud Mental, pegado a la morgue y a Anatomía Patológica. En el patio trasero del hospital, funciona el jardín maternal destinado a los hijos del personal, y también la “Casa de Madres”, destinada a alojar a las madres de pacientes internados en Neonatología o Unidad de Terapia Intensiva pediátrica. Asimismo, cuenta con un pulmón verde donde, con esfuerzo, se mantiene una parquización para uso de la comunidad hospitalaria, biblioteca y capilla. Las condiciones edilicias del hospital podrían calificarse como precarias, probablemente por la insuficiencia histórica del presupuesto asignado, el mantenimiento, la antigüedad y la reparación con materiales no aptos para resistir el uso intensivo y permitir la asepsia adecuada.

El hospital cuenta con 305 camas para internación, incluyendo las de Terapia Intensiva. La organización de las camas es por niveles de cuidado que responde a una reforma edilicia ocurrida en el año de 1998, la cual implicó la transformación de una organización tradicional, sectorizada por servicios, a una distribución basada en la complejidad de cuidados. A partir de esta organización, el tercer piso pasó a ser de “cuidados mínimos” y el cuarto piso, de “cuidados intermedios”. De este nuevo formato de organización, los servicios de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Pediatría, Neonatología, Maternidad, Ginecología y “Salud Mental” quedaron excluidos, por lo que conservaron espacios específicos de internación en función de las características y los requerimientos de abordaje de los pacientes que allí se asisten.

## La salud mental en el hospital

La experiencia del servicio de “Salud Mental” del Hospital Evita de Lanús, en cuanto pionero y referente de la atención en dicho campo, ha sido ampliamente documentada. Trabajos ilustrativos de ello son los de Goldenberg (1982) y Visacovsky (2002), de los cuales se retoman algunos elementos puntuales en este apartado.

El servicio de Psicopatología del Hospital Evita fue creado en 1956 por el Dr. Mauricio Goldenberg, referente en la historia de la salud mental a nivel regional. Funcionaba dentro del servicio de Medicina Interna (clínica médica), con trece camas, un consultorio externo y modalidad *open door*. Fue considerada una experiencia pionera en Latinoamérica por incorporar la atención por salud mental en un hospital general. El servicio creció en complejidad, llegando a tener más de doce departamentos, y para 1971 su equipo incluía a 150 profesionales de distintas disciplinas, en su mayoría *ad honorem*.

En dicho periodo se crearon diversos dispositivos tales como la sala de internación, guardia funcionando en la guardia general, interconsulta, consultorios externos, el Club Terapéutico Amanecer (1966) y el Hospital de Día (1972), correspondientes a lo que hoy denominaríamos como “de apoyo a la inclusión social y comunitaria”. Con la llegada de la dictadura cívico-militar de 1976, todas las prácticas que implicaban el abordaje grupal y la corriente psicoanalítica fueron prohibidas, sobreviviendo únicamente el Club Terapéutico Amanecer con una coordinación impuesta por el interventor, hasta la reapertura del Hospital de Día Lazos en 1992. Además del cierre de dispositivos, muchos trabajadores *ad honorem* decidieron retirarse, otros sufrieron el exilio, como el Dr. Baremlit, por entonces jefe de servicio, e incluso la desaparición, como la Lic. Marta Brea, psicóloga del dispositivo de niños.

A pesar de un origen de tradición interdisciplinaria en el servicio, las tensiones disciplinares se acentuaron entrado el siglo XXI, llegando incluso a instancias judiciales (SCBA, 2007), y provocaron, entre otras consecuencias importantes, la pérdida de psicólogos de planta en la sala de internación en 2006, quedando solo psicólogos residentes en rotaciones anuales, hecho que dificultó la continuidad y profundización de proyectos interdisciplinares a mediano y largo plazo. Por otro lado, este conflicto generó la escisión del servicio en un servicio de Psiquiatría que absorbe otras disciplinas bajo su dependencia (Terapia Ocupacional) y una Unidad de Psicología; los dos persisten hasta la actualidad, aunque habiendo mejorado sustancialmente la interacción entre ambas estructuras. Las tensiones desencadenadas han marcado un escenario de trabajo cuya descripción excede las posibilidades de este escrito, pero que ha sido abordada en mayor detalle por Varela (2013), Rodríguez (2021) y Gutiérrez (2024). Asimismo, es de destacar que por resolución administrativa interna se modificó en

2011 la nominación a “Salud Mental” sin que esta se homologara en la estructura orgánico-funcional ni se extendiera a su sala y unidad de consultorios externos, lo que ha generado un desfase para la celebración de concursos de funciones en igualdad de oportunidades. En efecto, la pretendida interdisciplina no se halla representada bajo dichas nominaciones, reproduciendo y actualizando aquella tensión inicial que provocó la fragmentación del servicio. El intento más reciente de reunificación ha sido la elaboración en 2024 de un proyecto de reestructuración del servicio bajo la nominación “Salud Mental”. El pedido ha sido impulsado por la Subsecretaría de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, en virtud del proceso de adecuación de la estructura orgánico-funcional actual a la normativa vigente (artículos 6 y 13 de la LNSM, 2010; título III de la Ley n.º 10.471). Actualmente, este se encuentra en proceso de aprobación por parte de las autoridades provinciales, y con la solicitud de intervención por oficio de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la provincia de Buenos Aires.

En correspondencia con ello, se hará mención, de ahora en adelante, del servicio de “Salud Mental” incluyendo todas las disciplinas y los dispositivos pertenecientes a ambas estructuras. En la actualidad la oferta del servicio incluye lo siguiente: atención ambulatoria individual por consultorios externos a través de psiquiatría para adultos y por psicología para niños, adolescentes y adultos; dentro de esta última modalidad surgió en 2006 el “espacio transicional” por propuesta de las psicólogas salientes de la sala para facilitar la continuidad del tratamiento de personas con padecimientos subjetivos graves (Varela, 2013); sala de internación mixta para mayores de 18 años; guardia y los dispositivos intermedios club terapéutico y hospital de día dirigido al abordaje de personas adultas con padecimientos psíquicos graves. Además, se realizan interconsultas con equipos

interdisciplinarios conformados por psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional a otros servicios del hospital. Bajo esta modalidad es necesario aclarar que la demanda de atención por salud mental infanto-juvenil se ha incrementado en los últimos años (Aló y Vázquez Jofre, 2025), y llegó incluso a constituirse una suerte de internación en la sala de pediatría por dichos motivos. Esta problemática emergente y prevalente es abordada por los dispositivos de niños y adolescencia de la Unidad de Psicología y una psiquiatra infanto-juvenil en formación perteneciente al servicio de Pediatría. Del mismo modo, desde la mencionada unidad, se participa en los dispositivos de Salud Sexual y Comité de Violencia Institucional.

La guardia de salud mental funcionaba con un psiquiatra las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. A partir de 2020, se incorporaron las disciplinas de psicología y trabajo social doce horas diarias y, en 2022, acompañamiento terapéutico con menor carga horaria. Allí, se realiza una primera evaluación integral del sujeto y de su situación y se brinda la atención en la emergencia. Desde 2024, todos los profesionales realizan guardias activas de doce horas, excepto los psiquiatras, que realizan guardias activas y pasivas de doce horas cada una.

El servicio cuenta históricamente con dos dispositivos de carácter intermedio destinados a la continuidad de cuidados de personas con padecimientos mentales graves. El Club Terapéutico Amanecer fue el primer dispositivo del servicio, gestado en 1966, que alojaba la demanda de pacientes externados de la sala o que realizaban tratamiento ambulatorio, y se reunían de manera espontánea en las escaleras de los consultorios externos. A pedido del Dr. Goldenberg, dos residentes de psiquiatría conforman inicialmente el “Grupo Terapéutico Amanecer”, y a los dos años la coordinación quedó en manos de trabajo social, que promueve el funcionamiento del

dispositivo en un club social del barrio donde adopta su nombre e identidad, que lo acompañan hasta la actualidad, con una fuerte impronta de trabajo horizontal, democrático, autogestivo e intersectorial para el apoyo a la inclusión sociocomunitaria y el acceso a derechos, similar al modelo *clubhouse* de alcance internacional. El club ha funcionado de manera ininterrumpida durante casi sesenta años, siendo coordinado durante los últimos veinte años por Terapia Ocupacional, aunque, a lo largo del tiempo, han ocupado dicha función una variedad de disciplinas. La principal fuente de derivación la constituye la sala de internación, aunque en el último tiempo se ha incrementado la derivación espontánea y por consultorios externos (Gutiérrez *et al.*, 2025).

Por su parte, el Hospital de Día fue creado en el año 1972 con el objetivo de promover los cuidados con modalidad intensiva de personas externadas de la sala de internación que así lo requiriesen. Desde su creación, su reapertura posterior a la dictadura cívico-militar en 1992 y hasta la actualidad, fue coordinado por Psicología. Asimismo, cabe destacar que estos dispositivos intermedios no cuentan con psiquiatras desde hace aproximadamente veinte años, en gran parte por su escasez en el servicio de salud mental, estando a cargo de los tratamientos psiquiátricos profesionales de consultorios externos o residentes de psiquiatría. Tampoco se han logrado establecer en estos dispositivos históricos equipos interdisciplinarios, siendo este uno de los desafíos actuales en el marco del paradigma de salud mental comunitaria basada en la continuidad de los cuidados.

Los equipos de trabajo del servicio de Salud Mental están compuestos por profesionales en calidad de planta permanente, interinos o becarios, siendo psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros y acompañantes terapéuticos. Cabe aclarar que las disciplinas de trabajo social y enfermería pertenecen a servicios independientes, pero destinan

horas a los dispositivos del servicio. Asimismo, al tratarse de un hospital escuela, se desarrollan las residencias de psicología y psiquiatría, siendo además sede de rotación de residencias externas al hospital, tanto de dichas especialidades como de terapia ocupacional, enfermería, psicología, medicina general y trabajo social del PRIN Lanús, Varela y Quilmes, así como de Morón, Hospital Bonaparte, Esteves y del Bicentenario. También es sede de las prácticas preprofesionales en salud mental, laboral y comunitaria de la carrera de grado de Terapia Ocupacional de la UNQ, de las prácticas profesionales de Trabajo Social de la UNLa, de Musicoterapia de la UBA, de las prácticas finales obligatorias de medicina y de las cátedras de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UBA, y diferentes cátedras de grado y posgrado de Psicología de la UBA, UAI y UCA, así como de concurrencias y pasantías de Psicología.

Para septiembre de 2025, los profesionales del actual servicio de Psiquiatría incluyen diez psiquiatras, dos terapeutas ocupacionales, dos o tres enfermerxs por turno, tres acompañantes terapéuticas y once residentes de psiquiatría más su respectiva jefatura. Mientras que la Unidad de Psicología cuenta con veintitrés psicólogos, una terapeuta ocupacional y trece residentes de psicología, incluyendo su respectiva jefatura.

La distribución de recursos humanos por dispositivo no resulta proporcional en función de las necesidades y la cantidad de la población destinataria, ni logra cumplir con el principio de interdisciplinariedad, lo cual genera malestar en los profesionales y tensiones en el servicio, como se demuestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución del recurso humano por dispositivo

Dispositivo	Psiquiatría	Psicología	Enfermería	Trabajador social	Terapeuta ocupacional	Acompañante terapéutico	Residentes
Sala de Internación	1 TC (Jefatura) 3 TP	2 TP	7 TC 3 TM 2 TV 1 TN	1 TP	1 TP	1 TC 2 TP	Sí
Guardia	7 TP	7 TP	De guardia	1 TC (Coordinación) 7 TP	0	2 TP	Sí
Consultorios Externos	1 TC (1 Jefatura) 3 TP	4 TC 6 TP	0	0	0	0	Sí
Club Terapéutico	0	0	0	1 TP	1 TC (Coordinación) 1 TP	0	Sí
Hospital de día	0	3 TC 2 TP	0	1 TP	1 TP	0	Sí
Interconsulta	1 TC (Coordinación) 1 TP	2 TC (Coordinación) 7 TP	De piso	1 TC 2 TP	1 TP	0	Sí

Referencias: TC = tiempo completo; TP = tiempo parcial; TM = turno parcial; TV = turno matutino, TN = turno vespertino, TP = turno nocturno.

## Internación por Salud Mental en el hospital

En el hospital Evita de Lanús, se realizan internaciones por salud mental desde 1956, cuando se creó el servicio (Visacovsky, 2002). Actualmente, la sala de internación de salud mental está ubicada en el tercer piso del hospital. Cuenta con dieciocho camas distribuidas en cinco habitaciones con baño. Cuatro de las habitaciones tienen cuatro camas cada una, y una habitación tiene dos camas. Dichas camas no están designadas de manera fija según género y se utilizan en función de las necesidades, sosteniendo enfáticamente la existencia de una sala de internación mixta. También se cuenta con tres consultorios, un salón de usos múltiples que se utiliza como comedor y lugar para actividades recreativas. También hay un espacio de reunión y tiempo libre donde está permitido fumar desde la sanción de la ley de 2010. Asimismo, cuenta con una biblioteca que, además de libros, tiene juegos de mesa y películas, así como un ropero comunitario que recibe ropa clasificada por el Club Terapéutico y otras donaciones. Cercano a las habitaciones, se encuentra el *office* de enfermería, desde cuya ventana se puede tener una visión general de la sala. También hay un *office* de profesionales, donde se confeccionan las historias clínicas, se realizan supervisiones y reuniones de equipo.

Se entiende la internación como una medida excepcional, una estrategia terapéutica, dentro de un plan terapéutico singular. Esta se piensa, acorde a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental (2010), como transitoria y lo más breve posible. Las personas ingresan a través de la guardia de salud mental, pudiendo haber sido derivadas de otros servicios de salud, desde el mismo servicio de Salud Mental ambulatorio del hospital o desde el equipo de interconsulta mediante oficios judiciales con pedidos de evaluación, y también a través del servicio de ambulancias del SAME de la región sanitaria VI. Asimismo, pueden llegar a la guardia en forma espontánea por voluntad propia o de su red socioafectiva. Si el equipo de guardia o de interconsulta evalúa la

existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, la indicación terapéutica será la internación por Salud Mental. Dependiendo de las posibilidades de la persona de consensuar o no la internación, esta puede ser voluntaria o involuntaria (Ley n.º 26.657). En ambos casos se siguen los procedimientos legales correspondientes.

Una vez decidida la internación, la persona permanece brevemente en la guardia, momento en el cual se realiza un abordaje psicosocial y psicofarmacológico. Posteriormente, la persona ingresa a la sala y se le entregan, tanto a ella como a su acompañante, las normas de convivencia. En el espacio de “pase de sala”, se diseña el plan terapéutico, enmarcado en una perspectiva de derechos. El equipo responsable del plan terapéutico de una persona internada se compone de psicólogo, psiquiatra, trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero profesional y acompañante terapéutico, incorporada desde el año 2020. Algunas de las actividades posibles de realizarse dentro del plan terapéutico son las siguientes: entrevistas individuales, familiares o multifamiliares, visitas domiciliarias, espacios de vinculación, articulación con otras instituciones, talleres, grupo de pacientes, asamblea de convivencia. Las entrevistas pueden ser realizadas por una o por varias disciplinas. Para poder implementar estas herramientas, se intentó volver el espacio de la sala un lugar que aloje desde una posición de ternura (Ulloa, 1995).

A fin de ejemplificar el trabajo en la sala, describiremos algunas de las actividades que se vienen desarrollando durante los últimos diez años. Los espacios planificados persiguen diversos objetivos, y, en todos los casos, se promueve la participación activa de las personas. Hay talleres de cuidado de la salud, alimentación, cocina, cine, música, caminatas, recreación, entre otros. El “grupo de pacientes”, actualmente denominado “grupo de compañeros”, aborda distintas cuestiones concernientes al proceso de internación y propuestas de actividades. Es coordinado por profesionales y residentes. La “asamblea” convoca a pacientes,

integrantes de la red socioafectiva de los pacientes y profesionales. Se trabaja la convivencia y se establecen nuevas pautas de manera colectiva. Asimismo, se abordan problemáticas institucionales y conflictos y se da lugar a propuestas con el objetivo de buscar alternativas a las dificultades planteadas. Es moderado por alguno de los participantes, de preferencia pacientes o acompañantes, que se postulan voluntariamente y se elabora un registro escrito.

Hacen parte también del trabajo en la sala los espacios de intercambios intra e interinstitucionales, las reuniones de equipo y las supervisiones. Los primeros eran organizados por terapia ocupacional y responden a una búsqueda de soluciones a problemáticas emergentes vinculadas a las personas internadas desde una perspectiva integral.

Para dar cuenta del perfil de la población atendida, se consideró un periodo de siete años, siendo dos años pre-pandemia por SARS-CoV-2 y los años posteriores a esta hasta 2025.

De una muestra final de 358 personas internadas en dicho periodo, se observa un rango etario predominante de entre 18 y 30 años de edad y secundariamente de entre 31 y 60 años; el 61,7 % está representado por el género masculino, y el principal diagnóstico al egreso se halla constituido por esquizofrenia en todas sus variantes (54,83 %), seguida por trastorno psicótico no especificado (20,43 %), y en menor proporción trastorno de la personalidad, trastorno del estado de ánimo, trastorno bipolar, trastorno delirante, trastorno del desarrollo intelectual y demencias. Estos datos condicen con el estudio previo (Gutiérrez y Raso, 2011) realizado sobre esta sala de internación, lo cual da cuenta del perfil clínico y sociodemográfico de esta a lo largo del tiempo.

El análisis demuestra un incremento sostenido en la duración promedio de las internaciones a lo largo del periodo estudiado. Si en 2018 el promedio era de 46,7 días, en 2019 ascendió a 55,7, y en 2020 a 65,6. A partir de la pandemia, el incremento se volvió más pronunciado: 81,9 días en

2021 y 81,4 en 2022. En los años siguientes, el crecimiento fue aún más marcado, y alcanzó 113 días en 2023 y 122 en 2024, más del doble del promedio registrado al inicio de la serie.

Asimismo, se observó un incremento progresivo de los días de estadía en determinados casos, que configuran el fenómeno de internación prolongada por problemática sociohabitacional, calculada en función de la media de días de estadía fijada en 80,9 días. Los casos más extremos al alta quedan representados por 250 días para 2019, 367 días para 2020, 391 días para 2021, 492 días para 2022, 802 y 1624 días para 2023, 663 días y 533 días para 2024. Dentro de la muestra final, se excluyeron aquellos casos que requirieron internación por clínica médica por presentar comorbilidades y que luego regresaron a la sala de internación por no poder distinguir con claridad el tiempo de internación por Salud Mental en la base estadística; asimismo, aquellos casos de internación prolongada “fuera de área” seguidos por el dispositivo de interconsulta. De considerar estos casos, es probable que el fenómeno de internaciones prolongadas sea más alarmante. Actualmente se encuentran en la sala de internación tres personas con internación prolongada, siendo que previo al 2019 el número era de uno o, excepcionalmente, dos al mismo tiempo. En el periodo 2024, el rango de días de internación va desde 5 hasta 802 días. Por otro lado, se encuentran cursando internaciones prolongadas personas usuarias “fuera de área”, es decir, fuera de la sala, que conforman los llamados “pacientes sociales”, debido a que, al momento de su ingreso, no presentaban criterios de internación por Salud Mental, aunque en su mayoría requieren abordaje del equipo de salud mental, el cual reciben a través del dispositivo de interconsulta.

Entre las principales causales del incremento de internaciones prolongadas, se identifican las problemáticas de falta de vivienda, ingresos económicos y ausencia o insuficiencia de la red familiar y social que permitan procesos de externación sustentables. En el año 2022, el 45 % del total

de las internaciones de sala eran prolongadas, lo que condujo al diseño y la creación del equipo interdisciplinario de externación (Dionisio *et al.*, 2024) para el abordaje de estas problemáticas, incluyendo casos del ambulatorio pertenecientes al Club Terapéutico. Dicho equipo se disolvió en 2024, y continúa, bajo la coordinación original, su funcionamiento en el ámbito ambulatorio por el incremento de estas problemáticas en él. Por otro lado, los resultados de la investigación realizada sobre los dispositivos de sala y guardia de salud mental de este hospital han permitido identificar múltiples barreras en los procesos de externación, así como la existencia de una brecha de acceso a la información en detrimento de los usuarios y familiares respecto a los recursos para promover el acceso a derechos sociales que permitan revertir esta situación (Gutiérrez *et al.*, 2024). La provisión de información, en cuanto derecho, favorecería el empoderamiento de las personas como “agentes de promoción de accesibilidad” (Comes *et al.*, 2006) y exigibilidad de derechos, así como la identificación y remoción temprana de barreras desde un enfoque de corresponsabilidad de todos los actores implicados en el campo de la salud mental.

Finalmente, otro obstáculo percibido es la fragmentación del servicio que impide el abordaje adecuado de estas problemáticas y que, como ya fue mencionado, busca ser superado a través del diseño de una propuesta de reestructuración de un servicio de “Salud Mental”.

## Uniando retazos

A modo de ilustrar las problemáticas que se han ido incrementando en los últimos años y el surgimiento de dispositivos que intentan crear nuevas prácticas dirigidas a su resolución, se presenta el caso de Ignacio, un hombre que ingresó a la guardia del hospital en octubre de 2022 con un cuadro de descompensación psicótica, traído por personal

policial debido a conductas disruptivas en la vía pública. En ese entonces tenía 62 años, estado de viudez reciente, red socioafectiva nula y se encontraba en situación de calle. Sus dos hijos, de más de 40 años, no deseaban vincularse con él a causa del supuesto maltrato que Ignacio ejercía sobre la familia, culpándolo de la reciente muerte de su madre, por lo que habían iniciado un expediente penal. La muerte de su esposa parecía ser el principal factor desencadenante de su descompensación.

Ignacio realizaba tratamiento ambulatorio por psiquiatría de manera irregular y con escasa adherencia. Mecánico, trabajó en talleres desde temprana edad y luego con su hijo; en el último tiempo habría realizado algunas changas. Fue derivado a la sala de internación, donde permaneció durante diez meses. Su evolución fue lenta pero favorable, con persistencia de sintomatología delirante, pero acotada a espacios terapéuticos individuales.

Durante la internación el equipo realizó la gestión del Documento Nacional de Identidad con domicilio hospitalario y del Certificado Único de Discapacidad, e inició el trámite para obtener la pensión no contributiva, trámite aún en revisión (junio de 2025) por la Agencia Nacional de Discapacidad.

Al cumplir los tres meses de internación, la situación era la de un alta demorada a causa de una problemática sociohabitacional. Tras los intentos fallidos de algún tipo de revinculación con la familia, el equipo decidió iniciar salidas terapéuticas consensuadas con Ignacio para la búsqueda de empleo con algún colega y dar aviso al Juzgado de la situación. El Juzgado intervino citando a la familia, la cual solicitó espontáneamente una reunión con el equipo. En dicha reunión, la hija de Ignacio accedió a recibirlo en su hogar para compartir algunas comidas.

Ignacio solicitó información sobre el cementerio donde se hallan los restos de su esposa y concurrió solo. Para ese momento la terapeuta ocupacional gestionó el subprograma para la externación asistida y conformó el equipo

interdisciplinario de externación dentro de la sala. Este programa, junto a la incorporación de Ignacio al listado de personas participantes del Club Terapéutico que retiran alimentos en el comedor del hospital y las intervenciones de la acompañante terapéutica para la obtención de dichos recursos, facilitó la externación de Ignacio, quien logró alquilar una habitación en una pensión cercana al hospital, tras diez meses de internación. La continuidad del tratamiento fue por consultorios externos con psiquiatría recibiendo un esquema de medicación de depósito, y por psicología a través del Espacio Transicional. Al poco tiempo se observó que Ignacio se encontraba decaído, con pérdida de peso y con cumplimiento irregular del tratamiento. La apertura de vacantes para el Programa Nacional “Promover Igualdad de Oportunidades para el Empleo”, dirigido a integrantes del Club Terapéutico, facilitó la incorporación de Ignacio a él y alivió un poco su situación económica. Sin embargo, el aumento del alquiler puso a Ignacio en riesgo inminente de situación de calle.

Desde el Club Terapéutico, se realizó un sorteo para recaudar fondos para que pudiera pagar su mes de alquiler, y desde el equipo de externación y continuidad de cuidados se comenzó a articular con la Dirección de Asistencia de la Subsecretaría de Salud Mental y el municipio, en busca de un dispositivo intermedio habitacional para Ignacio, con resultados negativos dada la escasez de estos y la priorización de cupos en tales lugares para personas internadas en hospitales neuropsiquiátricos, o bien por los criterios de admisión de los centros de integración social destinados a personas con consumo problemático de sustancias. Ante tal dificultad, se buscó como alternativa un hogar gestionado por una organización de la sociedad civil, que inicialmente se mostró reticente a recibir a personas con planes psicofarmacológicos, pero que posibilitó su admisión inmediata gracias al acompañamiento de la terapeuta ocupacional que destina horas al trabajo territorial y flexibilizó los horarios para el logro de dicha gestión (horario extralaboral),

y recibiendo el apoyo de su hija para la mudanza de sus pertenencias.

Al poco tiempo, el programa Promover modificó los requisitos para la reasignación anual, e Ignacio, por ser mayor de 60 años, ya no percibía el beneficio. No teniendo la edad jubilatoria para percibir otra y sin novedades del otorgamiento de la pensión no contributiva, actualmente Ignacio se encuentra en situación de indigencia en función de sus ingresos, participando de un proyecto laboral temporal desarrollado en el ámbito hospitalario ofrecido por el Hospital de Día y siendo acompañado por el equipo de continuidad de cuidados en la gestión de una próxima pensión universal por adulto mayor, junto a la compañía de su hija. Ante la situación de extrema vulnerabilidad sociohabitacional, se articuló desde el actual equipo de continuidad de cuidados con el Juzgado, que decidió iniciar el proceso de evaluación para la determinación de su capacidad jurídica y el consecuente establecimiento del sistema de apoyos para celebrar determinados actos, aun sin sentencia. Recibe apoyo del Espacio Transicional y del Club Terapéutico para lograr asistir a los turnos de psiquiatría, a la aplicación de medicación inyectable, a turnos de salud integral, a citas del juzgado y a la gestión de inicio de la pensión por adulto mayor, en lo que decidió acompañarlo también su hija.

## Cierre

Como hemos intentado ilustrar, el trabajo en salud mental en un hospital general tiene diversos atravesamientos, vinculados a las políticas públicas, con sus avances y retrocesos, las luchas micropolíticas a nivel disciplinar y la necesidad de fortalecimiento de dispositivos que garanticen la continuidad de los cuidados. Estos elementos de orden externo e interno al servicio se traducen en las dificultades que tienen

los equipos para abordar una problemática compleja, asumida como deuda por el Plan Nacional de Salud Mental representada por el perfil de usuario de esta sala de internación, que requiere de dispositivos de apoyo a la vida en comunidad. Siguiendo a Basaglia (2013), la indigencia, la soledad y la falta de oportunidades operan como desencadenantes de los cuadros psicopatológicos y como condicionantes de la estabilización y la recuperación. La atención por salud mental, en cualquier ámbito, y especialmente en un servicio de “Salud Mental” de reconocida trayectoria y complejidad, requiere repensar las prácticas y optimizar el recurso en función del diagnóstico precoz y el abordaje temprano de los determinantes sociales de la salud mental identificados, con el objetivo de disminuir el tiempo de internación y la probabilidad de reinternación por causas de orden social. En tal sentido, resulta imprescindible generar espacios de encuentro formales entre los equipos de los diferentes dispositivos del servicio de “Salud Mental” a fin de superar la fragmentación y contribuir al proceso de transformación de un modelo hegemónico y hospitalocéntrico a uno centrado en las problemáticas prevalentes y emergentes de las personas en sus comunidades desde un enfoque integrado e integral, tal como sostiene el Plan Provincial de Salud Mental.

## **Agradecimientos**

Al Departamento de Estadística y al Departamento de Personal de nuestro hospital por colaborar con la provisión de la información solicitada en todo momento, a los secretarios del servicio de “Salud Mental” por elaborar información actualizada y brindárnosla de manera eficiente, y a la jefatura de la Unidad de Psicología por realizar una revisión atenta a los detalles y sentidos de este capítulo.

## Referencias bibliográficas

- Aló, M., y Vázquez Jofre, R. (2025). Desafíos en el abordaje de la salud mental infanto-juvenil. El rol de las interconsultas en el hospital general. LXXIII Jornadas Científicas HIGA Evita Lanús. Disponible en Archivo Histórico del Servicio de Docencia e Investigación del HIGA Evita Lanús. Correos electrónicos: alomelina252@gmail.com, ccievitalanus@gmail.com.
- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Topia Editorial.
- Comes, Y., Solitario, G., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209.
- Dionisio, G., España, M., Fernández, A., Gutiérrez, Y., y Parisi, P. (2024). Equipo interdisciplinario de externación de salud mental: Desafíos en un Hospital General de Agudos. Servicio de Salud Mental HIGA Evita Lanús. LXXII Jornadas Científicas HIGA Evita Lanús. Biblioteca Virtual en Salud. En <https://bvsalud.org/es/>.
- Goldenberg, M. (1982). Cierre de curso: Relato de mi más querida experiencia docente-asistencial. En *Primeras Jornadas Encuentro del servicio de Psicopatología del Policlínico Lanús*. Colegio Nacional de Buenos Aires (1992). Archivo Histórico del Club Terapéutico del HIGA Evita Lanús. Correo electrónico: clubterapeuticoamancer@gmail.com.
- Gutiérrez, Y., y Raso, A. (2011). Programa de Seguimiento Telefónico de pacientes psicóticos externados del servicio de Psiquiatría HIGA Evita Lanús. Resultados provisorios. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, vol. 11, n.º 2. Universidad Nacional de Chile. En [revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17778](http://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17778).

- Gutiérrez, Y., España, M., Schaikis, F., y Fontana, A. (2024). Procesos de externación en dispositivos de guardia y sala de salud mental de un hospital interzonal general de agudos: Análisis de experiencias múltiples desde una perspectiva de derechos. *Revista Salud Pública*, vol. 4. Disponible en [saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/85](http://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/85).
- Gutiérrez, Y. (2024). Alternativas desde el margen: Trayectoria y aportes a la continuidad de cuidados en salud mental desde un club terapéutico. Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos, UNDAV. Anteproyecto de investigación Becas en Salud Pública “Julietta Lanteri” 2024-2025. Disponible en Archivo Histórico del Club Terapéutico Amanecer del HIGA “Evita” Lanús. Correo electrónico: [clubterapeuticoamanecer@gmail.com](mailto:clubterapeuticoamanecer@gmail.com).
- Gutiérrez, Y., Chenlo, C., Ficarra, M., Parisi, J. P., y Rodríguez Leigue, V. (2025). Club Terapéutico: análisis de un dispositivo intermedio para la continuidad de cuidados y la inclusión social en un hospital general de agudos desde la perspectiva del proceso de transformación en el campo de la salud mental. Becas en Salud Pública “Julietta Lanteri” 2024-2025. Disponible en Archivo Histórico del Club Terapéutico Amanecer del HIGA “Evita” Lanús. Correo electrónico: [clubterapeuticoamanecer@gmail.com](mailto:clubterapeuticoamanecer@gmail.com). *Revista Salud Pública* (en proceso de revisión por pares).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022). Censo nacional de viviendas y hogares.
- Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010. Congreso de la Nación Argentina (2010). En [www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-173430](http://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-173430).
- Rodríguez, G. (2021). 33 años de historia. En *El Lanús, la generación del 80*. Ed. Ricardo Vergara.
- Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires (2007). Millán, Lidia Graciela c/Provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud) s/ demanda contencioso-

administrativa. Disponible en [juba.scba.gov.ar/VerTextoCompleto.aspx?idFallo=23758](http://juba.scba.gov.ar/VerTextoCompleto.aspx?idFallo=23758).

Vainer, A. (2023). Lanús, paredón y después. Topía. En <https://www.topia.com.ar/articulos/lan%C3%BAs-pared%C3%B3n-y-despu%C3%A9s>.

Varela, M. (2013). Acerca de un dispositivo transicional. Ateneo de la Unidad de Psicología, HIGA Evita Lanús.

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Alianza.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: Historial de una práctica*. Paidós.

# Un siglo de trabajo: trayectorias, prácticas y desafíos en un hospital general

*Unidades de Internación en Salud Mental  
del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero  
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

MARTÍN FRANCISCO CAILLAVA, ANA PALATNIK, MARIANA GIMÉNEZ,  
MARIANA BELÉN GRELA, PABLO ALEJANDRO FALERO,  
MARIANA GISELLE POLESEL Y ALDANA MAIANI

## Introducción

El Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (HGAPP) es una de las instituciones sanitarias emblemáticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con más de un siglo de trayectoria en la atención de poblaciones atravesadas por múltiples condiciones de vulnerabilidad social. Desde su creación en 1917, el hospital ha ido acompañando los cambios demográficos del territorio y las transformaciones propias del campo sanitario.

En este capítulo, presentamos un recorrido histórico, en el cual se repasa la estructura y el funcionamiento de la División de Salud Mental del HGAPP, en particular de la internación en salud mental, dentro de un hospital general de agudos de una gran urbe. Asimismo, se profundiza en las estrategias de acompañamiento orientadas a la inclusión social y laboral de las personas usuarias, entendida como componente central de la continuidad de cuidados. A modo ilustrativo, se recupera una experiencia concreta de

articulación intersectorial, que evidencia las posibilidades y los desafíos que implica promover trayectorias de vida autónomas, con eje en la inclusión laboral significativa y de calidad, más allá del dispositivo de internación.

## El hospital

El HGAPP fue inaugurado en el año 1917, dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires, actual Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). El dinero para su construcción provino de una donación de Parmenio T. Piñero, en honor a quien lleva su nombre. Inicialmente, fue proyectado para contar con 700 camas y ser un hospital de vanguardia a nivel nacional y regional. Su estructura edilicia, como otros hospitales de la época, sigue un diseño que consta de grandes pabellones, rodeados de un parque. En el caso del Piñero, el parque fue diseñado por el renombrado paisajista Carlos Thays.

El HGAPP se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad, específicamente en el barrio de Flores, perteneciente a la Comuna 7. El barrio se caracteriza por tener una alta densidad de población de características sociodemográficas particulares: involucra a familias migrantes, de bajos recursos económicos, que se han ido radicando a través de las décadas en distintos sectores del Bajo Flores dado que allí se asentaba la zona fabril de la ciudad, lindando con el Riachuelo y facilitando la inserción laboral en las cercanías de los domicilios. El Bajo Flores está conformado por múltiples “barrios populares”, siendo la Villa 1-11-14 o Barrio Padre Ricciardelli y el Barrio Rivadavia algunos de los de mayor densidad poblacional.

El hospital creció y se desarrolló dando respuesta sanitaria a los vecinos. Más recientemente, también pasó a ocuparse de poblaciones de otras zonas de la ciudad con otras características socioeconómicas. La aparición de la Línea

de Atención Ciudadana 147, en el año 2010, que buscaba agilizar la atención a través de la asignación de turnos ambulatorios, favoreció que se otorgasen turnos a personas residentes fuera del área de georreferencia del hospital. En lo que respecta a internación de salud mental, la reciente implementación de una red de derivaciones centralizada en la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad gestiona el traslado de usuarios que se encuentran internados en los servicios de urgencias a las salas de internación específicas en salud mental con disponibilidad de camas de los hospitales del GCBA, con el objetivo de evitar estadías prolongadas en la guardia.

El hospital ofrece atención ambulatoria por más de 35 especialidades médicas y de salud. A su vez, cuenta con cuatrocientas camas distribuidas en unidades de internación que corresponden a las especialidades de Clínica Médica (con Unidades de Cuidados Básicos, Intensivos e Intermedios), Salud Mental, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología. La distribución de las camas se organiza por servicios, cada uno con su propio equipo y jefatura, tendiendo a privilegiar que el usuario se interne en la unidad relacionada con el principal motivo de internación.

No obstante, en la actualidad se encuentra en proceso de adopción el modelo de atención centrado en niveles de cuidado, y, desde la dirección del hospital, se promueve que el servicio de urgencias gestione las camas de las distintas unidades priorizando la necesidad en la atención de las urgencias por sobre la pertenencia de la cama a un servicio en particular. Esta nueva modalidad de gestión de las camas ha posibilitado brindar tratamiento desde el equipo de internación a usuarios que cursan una internación por Salud Mental en otros servicios (internaciones extraárea), más allá del seguimiento realizado tradicionalmente por el equipo de interconsulta a usuarios con padecimiento mental que se encontraran cursando una internación por otro motivo.

Como ya se mencionó, en lo que respecta a la estructura edilicia, el hospital y sus distintos servicios se encuentran organizados en pabellones con circulaciones abiertas, característica estructural arquitectónica de un hospital de comienzos del siglo XX. Actualmente, se están desarrollando mejoras en la infraestructura y se construyeron edificios nuevos para el servicio de urgencias y de consultorios externos. Al hospital se puede acceder por diversas líneas de colectivos que pasan frente a la puerta principal, y a pocas cuadras se accede a la red de subte y premetro de la ciudad.

## Salud mental en el hospital

La División de Salud Mental del HGAPP cuenta con los dispositivos de consultorios externos, internación, interconsulta y atención de urgencias. El Dr. Ardití Rocha fue quien fundó el servicio en el año 1932, que desde un comienzo ofreció internación. El equipo de trabajo se encuentra constituido por una amplia variedad de disciplinas del campo de la salud mental, dentro de las cuales se encuentran psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, musicoterapia, trabajo social y enfermería. A su vez, es sede de residencia del Sistema de Residencias del GCBA para la especialización en Salud Mental-Psiquiatría y Salud Mental-Psicología. También se recibe a rotantes de distintas residencias del equipo de salud (trabajo social, musicoterapia, terapia ocupacional), ya sea de residencias pertenecientes al HGAPP o a otras sedes. La mayoría de los trabajadores del equipo de salud también ejerce su profesión fuera del HGAPP en instituciones del sistema público o privado, o en forma particular.

La guardia de salud mental se creó a finales de la década de 1970, estando conformada en aquel momento solamente por la disciplina médica, a través de la especialidad de psiquiatría. A fines de los años 80 y principios de los 90, se incorporó al equipo de guardia la disciplina de psicología.

En el año 2008, a partir de la sanción de la Ley 448 (2000), se incluyó la disciplina de trabajo social, que dio lugar a la conformación actual del equipo interdisciplinario de salud mental en los servicios de urgencia de los hospitales del GCBA. Hoy en día, el equipo está formado por psiquiatra, psicólogo y trabajador social y depende del departamento de urgencias.

El equipo de interconsulta, que depende de la División de Salud Mental, brinda asistencia a usuarios internados en distintas unidades de internación del hospital (Clínica Médica, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Cirugía, Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia) ante la solicitud de la consulta por parte de los profesionales que cumplen funciones en ellas.

El equipo de consultorios externos de salud mental, dependiente del Departamento de Consultorios Externos, se encuentra también bajo la gestión de la División de Salud Mental. Ofrece consultas ambulatorias de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, contando con dos equipos para atención de personas adultas y otro para atención infanto-juvenil. Actualmente, funciona un grupo terapéutico para usuarios con trastornos mentales severos, grupo de orientación laboral, grupo para mujeres y un grupo de atención a usuarios con consumo problemático de sustancias.

Si bien no se cuenta con hospital de día, en las unidades de internación se ofrece una amplia variedad de talleres a pacientes internados y en seguimiento ambulatorio, coordinados por profesionales y usuarios. En el próximo apartado, se describe con mayor detalle la configuración de la internación y los servicios que se prestan.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El HGAPP es uno de los primeros hospitales generales del país que tuvo internación en salud mental. Dada la

organización del hospital por servicios, se cuenta con una sala específica para la internación por Salud Mental. Esta se divide en dos unidades, una de mujeres (unidad 19) y una de varones (unidad 20), con doce camas cada una. Asimismo, se brinda tratamiento a personas que cursan internaciones por salud mental en otras unidades hospitalarias (internaciones extraárea) y se realizan las interconsultas solicitadas desde las distintas unidades de internación clínico-quirúrgicas.

Las internaciones por salud mental infanto-juvenil y las interconsultas solicitadas desde las unidades de Pediatría se encuentran a cargo del equipo de niños y adolescentes, perteneciente a consultorios externos. Por último, dado que en gestiones anteriores del servicio se diseñó un Sistema de Internación y Seguimiento (SIS), aún se realiza el seguimiento ambulatorio luego de la externación a usuarios que requieren, por distintas causas, continuar en tratamiento sin cambiar de equipo terapéutico, y también se asiste a aquellos que han sido externados recientemente sin que se haya logrado concretar la derivación a otro efector de salud.

Las unidades de internación de Salud Mental se encuentran ubicadas en la planta baja de uno de los pabellones del hospital. Actualmente, para la internación de varones y mujeres, se cuenta con espacios comunes, tales como *hall* de entrada, comedor, salas en las que se desarrollan actividades grupales y dos baños para pacientes ambulatorios o familiares. Las habitaciones están separadas, contando cada sector con seis habitaciones de dos camas cada una y un baño compartido para ser utilizado por usuarios de la misma unidad. Los consultorios, la secretaría, las salas de reunión de equipos y de evolución en historias clínicas digitales también son de uso común de las dos unidades, pero se cuenta con espacios específicos por unidad para enfermería.

Originalmente, el área de internación estaba organizada en dos grandes salas sin divisiones, “los pabellones”, que consistían en un amplio y largo espacio con camas dispuestas una al lado de otra, separadas en algunos casos por biombos, sin espacios propios de guardado de pertenencias

y sin posibilidad de intimidad. Los profesionales contaban con espacios en los cuales desarrollaban reuniones de equipo, actividades académicas y la confección en papel de las historias clínicas. No había consultorios donde atender a los pacientes de modo reservado y lograr algo de privacidad. Se atendía en las galerías perimetrales o en el jardín, siendo una alternativa posible pero totalmente dependiente del contexto climático.

Esta infraestructura edilicia se mantuvo hasta fines de la década de 1990, periodo en el cual se realizó la remodelación de ambas unidades de internación, a partir de la cual se alcanzó la distribución espacial actual: se crearon las habitaciones, los consultorios, espacios para los profesionales, espacio para enfermería, el comedor y un club de pacientes, espacio destinado para la circulación y socialización de pacientes del servicio de Salud Mental.

El *staff* de profesionales perteneciente a las unidades de internación se encuentra conformado por once psiquiatras, de los cuales dos tienen a cargo la jefatura de cada una de las unidades, siete abocados a los tratamientos de personas internadas y al seguimiento ambulatorio tras el egreso hospitalario, y dos que realizan interconsultas solicitadas por otras unidades del hospital. Se cuenta con siete psicólogos, cuatro de ellos para los tratamientos de las personas internadas y su seguimiento tras el alta y tres para las interconsultas. Son parte del equipo tres terapeutas ocupacionales y dos musicoterapeutas, encargados de la atención de las personas internadas y su seguimiento y la coordinación de talleres. Además, prestan servicio a la sala tres trabajadoras sociales dependientes del servicio social del hospital. El equipo también cuenta con una persona en el área de secretaría, personal de maestranza y seguridad asignado a las salas.

Con respecto a la dotación de enfermería, esta depende del Departamento de Enfermería del hospital, siendo asignados para cada una de las unidades dos enfermeros en los turnos diurnos y un enfermero en el nocturno. Cada unidad

posee una jefatura y equipos de trabajo independientes entre sí. Cabe destacar que el plantel actual posee varios enfermeros licenciados y con capacitación en salud mental.

Por último, las unidades de internación de salud mental cuentan con un equipo de guardia interna las veinticuatro horas. Este se encuentra constituido por un residente de psiquiatría y uno de psicología, que reciben supervisión por parte del equipo de internación y del equipo de guardia del servicio de urgencias. Cabe destacar que los profesionales de planta de la sala cumplen también función docente en el acompañamiento y la formación de residentes de psicología y psiquiatría, dependientes del HGAPP. Además de los residentes asignados a este hospital, se reciben rotantes externos y estudiantes de práctica de casi todas las disciplinas intervinientes en la sala: terapia ocupacional, musicoterapia, trabajo social, así como de psicología y medicina/psiquiatría.

El equipo de internación se ocupa de una amplia variedad de actividades. Con relación al tratamiento brindado a las personas internadas, luego del ingreso dispuesto por el servicio de urgencias, se asigna un equipo terapéutico destinado al tratamiento individual del paciente conformado por un psiquiatra de planta en conjunto con un residente de psiquiatría y un psicólogo de planta o un residente de psicología supervisado por el primero. Prácticamente en la totalidad de los casos, se realizan intervenciones farmacológicas, las cuales son generalmente instauradas a partir de la atención en el servicio de urgencias.

También se lleva a cabo una evaluación inicial por las disciplinas de terapia ocupacional, trabajo social y musicoterapia, a partir de la cual se define si la persona requiere de un seguimiento individual o si se promoverá su incorporación a los talleres y las actividades grupales que se ofrecen. Estas actividades están orientadas a fomentar el desarrollo de la autonomía y a favorecer el lazo social. Actualmente, se brindan talleres para personas tanto internadas como en seguimiento ambulatorio (grupo de musicoterapia y taller

literario, de títeres, de canto, de huerta y de radio) y se brinda acompañamiento y supervisión en talleres coordinados por las propias personas usuarias (gimnasia y vóley, plástica, taller de bordado, de guitarra y de películas). Estos talleres se llevan a cabo de manera semanal, en espacios para aproximadamente doce personas dentro de la sala de internación.

Otro de los espacios grupales ofrecidos es la asamblea de pacientes, coordinada por un equipo profesional, que tiene por finalidad la mediación en los conflictos y el alivio de las tensiones que surgen de la convivencia, y en donde se pueden expresar las necesidades no satisfechas con relación al pasaje por la internación.

A su vez, se ofrece una actividad grupal destinada a familiares o miembros de la red de apoyo, llamada “asamblea multifamiliar”. En este espacio se comparten estrategias para el acompañamiento de personas con padecimiento mental severo sobre la base de la psicoeducación y de los aportes realizados por familiares a partir de la experiencia vivida.

Con respecto a las intervenciones realizadas por trabajo social, sus tareas se desarrollan en función de la necesidad de la persona, pudiendo variar desde la orientación al equipo tratante a la participación activa en el proceso terapéutico mediante intervenciones que comprenden la articulación con organismos judiciales, la evaluación del grupo familiar y de situaciones de violencia, la gestión de recursos habitacionales, económicos, de cobertura de salud y dispositivos ambulatorios necesarios para la externación, entre otros.

Otra de las actividades con participación interdisciplinaria implementadas en el último año es la confección del “mural de alta”, que invita a cada persona internada a transmitir, al momento de obtener el alta, algún aspecto sobre su experiencia de la internación. La finalidad es que quede un registro testimonial del pasaje de cada individuo por la sala.

El equipo completo, además de desarrollar las actividades asistenciales previamente descritas, participa de

discusiones clínicas en las que se definen las estrategias terapéuticas que seguir. Estas consisten en pase de guardia (diario), pase de sala y pase de fin de semana (semanales), reuniones de equipo y espacio de discusión de casos clínicos complejos (con frecuencia variable).

Cabe destacar que, ya desde las primeras semanas de internación, se promueve la planificación de una estrategia de externación y la gestión de los dispositivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención luego del egreso. Además, gran parte de las personas internadas no ha tenido un contacto con el sistema de salud en mucho tiempo, razón por la cual su estancia en la sala constituye una oportunidad para la realización de consultas por distintos motivos de salud.

Una de las particularidades de la sala de mujeres es que recibe con frecuencia derivaciones de hospitales monovalentes u hospitales generales sin sala específica para internación de salud mental, con el fin de dar atención integral a personas con trastornos mentales severos que cursan un embarazo y se encuentran internadas. El abordaje de este tipo de situaciones suele acompañarse de dilemas y tensiones entre los distintos actores intervinientes en relación con la capacidad o competencia de dichas personas para ejercer la maternidad y sobre el tipo de apoyos que requieren para ello.

Respecto a la población recibida, la mayoría tiene residencia en CABA y proviene fundamentalmente del área programática del hospital. La mayoría de las personas internadas tiene una alta vulnerabilidad socioeconómica y severas dificultades habitacionales, poseen trabajos informales o se encuentran desempleadas, carecen de ingresos para cubrir necesidades básicas y enfrentan grandes barreras para acceder a los servicios de salud.

Históricamente, las internaciones en las unidades de salud mental estaban destinadas a personas adultas de entre 18 y 65 años de edad. Actualmente, debido a que el incremento de la demanda de internaciones en personas

menores de 18 años se encuentra por encima de la disponibilidad de camas, se promueve su internación en unidades de adultos, para evitar una permanencia prolongada en los servicios de urgencias. En estos casos, no pueden compartir habitaciones con adultos y entonces se internan con acompañamiento permanente familiar o a cargo de acompañantes hospitalarios designados por organismos destinados a la protección de derechos, como el Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes y la Defensoría de Menores.

En términos de las problemáticas de salud mental que se atienden en la internación, la gran mayoría de los ingresos se debe a trastornos mentales severos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad), que cursan episodios de descompensación psicótica o episodios afectivos con conductas de riesgo, siendo las más frecuentes los episodios de excitación psicomotriz y la conducta suicida/intentos autolíticos. En general, gran parte de las personas internadas presenta, además, consumo problemático de sustancias. Otra de las cuestiones complejas son las condiciones de vida, con frecuentes ingresos de personas en situación de calle o sin recursos materiales para satisfacer necesidades básicas.

Finalmente, es de señalar que, según datos del servicio, entre diciembre de 2024 y enero de 2025, se realizaron 119 egresos, siendo el promedio de días de internación de 41. A su vez, el 80 % de dichos egresos tuvo un tiempo de internación de menos de 60 días. Cabe mencionar, no obstante, que los egresos no reflejan la situación de personas que se encuentran internadas prolongadamente. Actualmente, las personas con internaciones de más de seis meses ocupan un cuarto de las camas.

## Acompañando la inclusión laboral

Compartiremos nuestra experiencia de uno de los tantos casos que se han acompañado desde esta sala de internación, describiendo las estrategias implementadas y las dificultades con las que nos hemos encontrado. Pensamos los objetivos terapéuticos como la inclusión de cada paciente en su comunidad, con la posibilidad de desarrollar y sostener un proyecto de vida, desempeñarse con la mayor autonomía posible y mantener una estabilidad clínica de su cuadro de base.

Muchos de los pacientes que atendemos en la sala logran estabilizarse en su pasaje por la internación y continúan luego su tratamiento en dispositivos de tratamiento ambulatorio. En la mayoría de estos casos, existe una familia presente o un grupo afectivo de referencia que acompaña su vida cotidiana, facilitando el armado de una red que aporta los apoyos necesarios. Otros pacientes han logrado su estabilidad a través de la participación en actividades laborales significativas y de calidad, como es el caso de trabajos formales.

En este punto, consideramos clave la existencia de políticas públicas y programas que permitan articular intersectorialmente, ofreciendo alternativas reales para las personas. Para ejemplificar, mencionamos una articulación realizada hace algunos años con referentes de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología. A través de los cupos laborales para personas con discapacidad, se gestionaron puestos laborales para un grupo de diez personas que habían estado internadas en esta sala. Una vez pasado el momento de descompensación aguda, se acompañó la inclusión de cada persona en el ámbito laboral, trabajando de manera conjunta con los referentes del sitio sobre las condiciones y adaptaciones necesarias para cubrir cada puesto ofrecido. El intercambio con este organismo nos permitió abordar y sortear las diferentes dificultades relacionadas con sus cuadros psicopatológicos.

Durante este largo proceso de inclusión laboral, algunos pacientes han atravesado desestabilizaciones de su cuadro que en ocasiones han requerido de una reinternación. Ante estas situaciones, se sostuvo el intercambio frecuente con este organismo, que colaboró realizando adaptaciones mínimas en los puestos de trabajo que permitieran una pausa o bien realizó una reacomodación laboral para garantizar la conservación de los puestos. Mediante estas intervenciones, estas personas pudieron incluirse en una comunidad laboral inscribiéndose como trabajadores y no como pacientes.

Una de estas políticas de inclusión es el cupo laboral para discapacidad (Argentina, Congreso de la Nación, 1981). Para su efectivización se requiere de la articulación y del trabajo conjunto del equipo de salud y del equipo laboral. Pese a su importancia, tales políticas han resultado y continúan siendo hoy escasas e insuficientes. A la hora de planificar externaciones y sostener tratamientos por fuera de la internación, la ausencia de un puesto de trabajo es una dificultad más a sortear.

## **Cierre**

El recorrido presentado muestra la complejidad de las demandas y de las respuestas en la internación en salud mental en el hospital general. Partiendo del modelo asilar que marcó los inicios del trabajo en salud mental en el HGAPP, hoy en día buscamos sostener prácticas orientadas a la inclusión social. Talleres, grupos terapéuticos, articulaciones intersectoriales, asambleas y seguimiento posalta no son actividades complementarias, sino parte estructural de un modelo de atención que reconoce al usuario más allá del episodio agudo que motiva la internación.

Nuestro trabajo se desarrolla en un contexto atravesado por condiciones de vulnerabilidad social, demanda

creciente de población adolescente, consumo problemático y disponibilidad limitada de dispositivos comunitarios y de inclusión laboral. Estos aspectos no anulan la posibilidad de cuidado, pero marcan límites y exigen estrategias creativas y sostenidas. Es allí donde el trabajo clínico interdisciplinario adquiere su sentido más profundo.

## Referencias bibliográficas

- Argentina. Congreso de la Nación (1981). Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de Discapacitados. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Argentina. Congreso de la Nación (2010). Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Legislatura (2000). Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*.

# Desafíos de la praxis en el dispositivo, particularidad y singularidad en la generalidad hospitalaria<sup>1</sup>

*Complejo hospitalario René Favaloro-Lucio  
Molas, Santa Rosa, provincia de La Pampa*

MARCOS PELIZZARI

## Introducción

Se presenta aquí el trabajo que se lleva adelante en el servicio de Internación del Departamento de Salud Mental del hospital general más importante de la provincia de La Pampa. Se presentan las continuidades y transformaciones del servicio, en cuanto a su funcionamiento institucional, considerando a su vez los cambios en el contexto de un acontecimiento significativo como ha sido la Ley 26.657 de Salud Mental (2010).

Desde hace décadas se ha señalado al fenómeno de la segregación como el principal problema sociocultural. El modelo asilar y centralizado, el de liberación del encierro y descentralización progresiva, y los dispositivos comunitarios han respondido a ese fenómeno. Es en el hospital donde la interdisciplina y la conversación con diferentes modos

---

<sup>1</sup> Los datos incluidos en este trabajo fueron actualizados en el año 2024. Los cambios sufridos posteriormente implicaron pérdidas severas y consecuencias dramáticas. Es lo que hoy se precipita como situación de emergencia en salud mental y que a abril de 2026 se encuentra en instancia de debate político, sin que se haya declarado aún en la provincia de La Pampa. Seguimos trabajando a la espera de cambios favorables.

de abordaje terapéutico se presentan como la cotidianeidad misma de lo institucional. Ante la variedad discursiva, heredera de la antigua dicotomía entre alienismo e higienismo, el trabajo en este servicio se orienta desde el psicoanálisis.

## El hospital

El hospital se encuentra en Santa Rosa, capital de la provincia de La Pampa, y se fundó en 1938. En su inauguración como Hospital Regional Común, contaba con consultorios externos, dos salas generales de internación para varones y mujeres, 120 camas y 96 empleados, entre ellos 35 enfermeros. En los años cuarenta, se realizó una ampliación con la construcción de la cocina, el lavadero, la morgue, viviendas para residentes y los pabellones de oncología y epidemiología. En el año 1970, se le dio al hospital el nombre de “Dr. Lucio Molas” (Hospital Lucio Molas, 2025).

El hospital es de dependencia provincial, actualmente anexado a un segundo hospital que se encuentra dentro del mismo predio. Ambos establecimientos se denominan Complejo Hospitalario Dr. Lucio Molas (antiguo) – Dr. René Favalaro (inaugurado en febrero de 2023). El segundo consta de un edificio de dos plantas que ocupa 26.000 m<sup>2</sup> con 250 camas para internación con prestaciones por diferentes especialidades, pero organizadas en una modalidad de cuidados progresivos. Adicionalmente, cuenta con terapia intensiva de neonatología, pediátrica y de adultos. Se puede destacar que el hospital cuenta con la estructura necesaria para realizar prácticas de máxima complejidad.

Aunque la provincia se divide en cinco zonas sanitarias, el hospital, dada su capacidad de respuesta, recibe a población de diversas localidades, pese a que en diferentes pueblos y ciudades se cuenta con hospitales de menor complejidad. Algunas obras sociales tienen su cápita en el hospital, pero principalmente se atiende a personas con cobertura pública

exclusiva, aunque esto ha cambiado significativamente en los últimos años.

Es notable a simple vista la diferencia en la estructura edilicia de ambos hospitales que conforman el complejo único. No es desacertada ni exagerada la comparación con el mapa de Berlín en los años previos y al menos la década posterior a la caída del muro, con un lado “viejo” (lado sur) de arquitectura europea y otro “moderno” (lado norte) con equipamiento y terminación de vanguardia con tecnología avanzada. La planta baja del hospital moderno ofrece servicio de bufet y se puede acceder a ella mediante escaleras mecánicas al primer piso. Los servicios se separan con puertas magnéticas y cuentan con sistemas de alarma para incendio, puertas ignífugas y sistema de videovigilancia. La arquitectura es muy moderna y diseñada para garantizar la seguridad, higiene y comodidad dentro de un predio muy espacioso y agradable.

Ambos edificios se unifican por un pasaje y por la gestión directiva única. En el lado sur, han quedado pocos servicios de atención profesional y solo Salud Mental como único servicio con internación. A excepción de algunas obras de ampliación y refacción, el estado edilicio en general está marcado por un deterioro considerable que genera condiciones muy desfavorables para la atención y el ejercicio profesionales. Algunos pocos sectores han tenido que ser restringidos por riesgo de derrumbe. Como se señaló, el Departamento de Salud Mental ha quedado ubicado dentro del antiguo predio del hospital. Es un departamento separado de todos los demás servicios. Antes de la construcción del nuevo hospital, quedaba ubicado donde termina el predio, atrás del edificio central. Con la nueva distribución, se ubica en el medio, pero igualmente alejado de ambos edificios centrales.

## La salud mental en el hospital

De acuerdo con los registros oficiales, en 1959 se creó el servicio de Psiquiatría en el Hospital Lucio Molas. En 1985 se fundó el servicio de Alcoholismo en el mismo hospital, con doce camas que se sumaron a las veintinueve que ya tenía el servicio de Psiquiatría. Pero fue en 1992, año en que se aprobó el nuevo organigrama hospitalario, cuando se creó el Departamento de Salud Mental, conformado por una División de Salud Mental y los servicios de Psiquiatría, Alcoholismo, Infanto-Juvenil y Guardia. Al inicio se contaba con muy pocos profesionales y no había un lugar físico específico, sino que funcionaba compartiendo lugar con otros servicios, como por ejemplo Clínica Médica. De a poco se fueron sumando más profesionales y se logró ubicar en un lugar físico destinado exclusivamente para su funcionamiento.

El departamento actualmente se encuentra ubicado en un área alejada y separada, rodeado por un espacio verde con arboledas muy agradables para la vista y para el paseo. En su organización actual, se diferencian cuatro servicios: Internación (de actividad crítica); consultorios externos; Infanto-Juvenil; y Guardia. Dichas guardias son activas, desempeñadas por dos psicólogos las veinticuatro horas, y las pasivas, realizadas por un psiquiatra las veinticuatro horas. A su vez, cada servicio se organiza con sectores con personal específico profesional y no profesional.

El servicio Infanto-Juvenil se ubica en un sector edilicio separado pero cercano al edificio central. Ofrece atención en consultorios externos con psicólogas, psiquiatras, trabajadores sociales, musicoterapeutas.

Además, se ofrecen talleres de huerta, cocina, educación física, arte y música para personas usuarias de internación y de modalidad ambulatoria. La actividad de trabajo cotidiano incluye las interconsultas solicitadas desde todos los servicios del hospital.

Actualmente, el equipo de trabajo del departamento de Salud Mental está conformado por profesionales en psicología, psiquiatría y trabajo social distribuidos entre los servicios de Internación, Infanto-Juvenil y Guardia, aunque hay quienes trabajan en dos servicios como Internación y Guardia, o Infanto-Juvenil y Guardia. En el departamento trabajan aproximadamente 45 profesionales, entre quienes se cuentan alrededor de 20 profesionales de otros hospitales o centros de salud que concurren únicamente para hacer turnos de guardias activas. El personal de planta del departamento se compone de diferentes especialidades: cuatro psiquiatras con dedicación exclusiva para atención de adultos y dos para atención infanto-juvenil; siete profesionales en psicología para atención de adultos, dos con dedicación exclusiva; siete profesionales en psicología para atención infanto-juvenil, tres con dedicación exclusiva; tres trabajadores sociales, dos para atención en adultos, uno de ellos con dedicación exclusiva; una trabajadora social y una musicoterapeuta para infanto-juvenil.

Como en muchos hospitales del país, es muy marcada la escasez de psiquiatras, quienes se encuentran cada vez con mayor demanda, tanto de la comunidad como del mismo hospital. El régimen de trabajo diferencia entre profesionales con dedicación exclusiva con carga de 44 horas semanales y retención de matrícula, y dedicación simple con 32,5 horas semanales, quienes pueden ampliar su trabajo en el ámbito privado como consultorio particular, docencia u otra institución.

En el año 2023, se inició la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM). Hace tres años se empezó con la residencia, con una gestión local de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, y al siguiente año se incorporó la RISAM. Actualmente, cursa la tercera cohorte de la residencia interdisciplinaria con residentes en psicología, trabajo social y psiquiatría. Es todo muy nuevo y se va ajustando lo necesario para ofrecer a la residencia la mejor formación. Es una responsabilidad que se ha recibido con mucha seriedad

y compromiso. Es indispensable la formación, no solo de la residencia, sino de cada profesional y de forma permanente ya que trabajamos con situaciones críticas. La formación es también un asunto de ética profesional principalmente trabajando en servicios de máxima complejidad.

Las residencias generan un movimiento necesario para los profesionales de planta, quienes, en posición de empleados públicos, corren el riesgo constante de ser capturados por la inercia institucional y el desborde de las múltiples demandas. La formación y actualización permanente abre a la posibilidad de adquirir un saber hacer con las demandas, que facilita la organización del trabajo cotidiano sin ser absorbido por la insensatez que la institución muchas veces induce.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El servicio de Internación es un servicio para el abordaje interdisciplinario de la fase aguda del cuadro psicopatológico, organizado para permanencias de corto plazo. Se cuenta con una sala específica para realizar las internaciones, que dispone de dieciocho camas, separadas en sector de mujeres y sector de hombres con un salón comedor común. El servicio de Enfermería, con sus auxiliares y su personal de cocina, desempeña sus tareas en el mismo sector. Allí también hay una guardia permanente de seguridad policial para vigilancia y tareas preventivas. A partir de la pandemia, se incorporó por primera vez un equipo de operadores terapéuticos con dedicación exclusiva de acompañamiento para personas usuarias internadas.

Los ingresos a internación se realizan a través de los profesionales de planta o por indicación del servicio de Guardia. No hay internación específica para adolescentes. Cuando es necesario, se hacen en el servicio de adultos con implementación del dispositivo especial de acompañamiento familiar

si es conveniente y necesario, y siempre con acompañante terapéutico individual permanente e informes al juzgado de familia y menor para su intervención. Los menores de 14 años de edad se internan en el servicio de Pediatría, con atención interdisciplinaria de profesionales del servicio Infanto-Juvenil.

Las problemáticas de salud mental que más frecuentemente se atienden por internación en los últimos años han cambiado. Se observa un aumento de ingresos por intoxicaciones derivadas del consumo problemático y abusivo, y hay más demandas de casos de adicciones. También hay un aumento de ingresos por episodios psicóticos, hay más internaciones por episodios psicóticos de edades más tempranas, con desencadenamientos entre los 18 y 22 años.

La población que se atiende es de un nivel socioeconómico con mayor vulnerabilidad y precariedad, la mayoría no contribuyentes. Muy excepcionalmente, hay internaciones de personas de clases sociales más acomodadas, porque además es el único lugar donde hay internación en el sector público. Toda internación por Salud Mental de las zonas sanitarias correspondientes llega a este departamento, muchas veces también de otras zonas sanitarias por falta de cama o de profesionales en los hospitales de referencia.

A todas las personas usuarias se les asigna su equipo profesional conformado por psicóloga, psiquiatra y trabajadora social para la atención diaria individual. También hay actividades grupales, como talleres o actividades de convivencia. Todo el plan psicofarmacológico que indica el psiquiatra lo aporta íntegramente el hospital, o sea, salud pública. En conversación con psiquiatras de otras provincias, a diferencia de otros hospitales, se puede decir que aquí disponemos de todas las medicaciones que se necesitan, inclusive algunas medicaciones de depósito costosas. La disponibilidad de medicación ayuda mucho a la evolución más rápida en un servicio de internación de agudos. También se cuenta con el acompañamiento de los operadores durante la internación, además de la visita de los familiares. La

atención profesional y de interconsultas es diaria, también las actividades terapéuticas de talleres, las visitas de familiares, la autorización de salidas transitorias cuando el cuadro se ha estabilizado y como preparación a la externación.

El registro de ingresos es mayormente de internaciones voluntarias. Se realizan internaciones involuntarias y se observa un aumento progresivo de estas. Cabe señalar que, si bien hay control judicial, en esta provincia aún no se ha conformado el Órgano de Revisión completo tal como se ha definido mediante la ley 26.657. El promedio de permanencia en la sala ronda los nueve días, según datos del año 2024. Se han atendido muchos casos que superaron ampliamente ese promedio de estadía por cuestiones varias. Como ya se señaló, se interna a personas residentes de otras localidades, lo cual puede incidir en el tiempo de internación. También puede suceder que haya aumento de la demanda cuando los otros dos servicios de internación de la provincia, que tienen menor capacidad de camas, por algún motivo no internan, ya sea por falta de cama o porque no disponen de profesional psiquiatra.

Los motivos de internaciones prolongadas raramente son por motivos clínicos de evolución tórpida o desfavorable. Hay otros motivos de prolongación, como cuando median cuestiones judiciales. Por ejemplo, un juez ordena la permanencia indefinida, aunque no haya criterio profesional de salud mental que lo indique. Si bien han sido excepciones, se registran casos de entre uno y cinco años de internación, con todos los trámites de litigio de por medio, lo que en sí mismo genera un trabajo adicional y extremadamente burocrático. La principal causa de prolongación de internación se presenta en los usuarios con discapacidad, mayormente casos de retraso mental. Son pacientes que tienen conflictos con su entorno familiar y social, dificultad en la contención. Hay hogares que directamente los expulsan por motivos varios y los llevan al hospital para dejarlos. Todo esto implica que las internaciones se extiendan mucho

más de sesenta días. También hay causas sociales, que son internaciones que se extienden un poco más y en las cuales o no hay o demora mucho la respuesta de otros organismos del Estado. Otro tema recurrente son las reinternaciones, cuya principal causa son las adicciones con consumo abusivo y sobreingestas.

Se pueden identificar varios obstáculos para el trabajo de internación por Salud Mental en el hospital. Quizás el mayor obstáculo o desafío es la falta de contención familiar, o red social continente, y sobre todo en pacientes que están en condiciones muy precarias, como en situación de calle. La externación representa una imposibilidad con la que hay que hacer, inventar o solicitar la intervención de otros organismos estatales cuyos tiempos difieren mucho de los tiempos subjetivos o clínicos.

Excepcionalmente, aparecen cuestiones ligadas a lo judicial, como pacientes con problemas con la Justicia y con cuadros de psicopatía con fines gananciales. Son casos que ponen en jaque las normativas vigentes y desafían toda estrategia terapéutica. El obstáculo retorna entonces en cómo orientar una práctica basada en el buen uso del diagnóstico y del dispositivo cuando aparecen ciertas limitaciones en cuadros que no admiten ningún tratamiento ni consienten a ellos.

Otro punto problemático es la cuestión de definir el riesgo cierto e inminente, y la responsabilidad legal y profesional. Son desafíos del y al equipo profesional, ya que los obstáculos siempre esperamos que aparezcan en algún punto como obstáculos terapéuticos. Es lo que nos enseña la clínica psicoanalítica acerca de los puntos imposibles propios de la práctica. En los espacios de control o supervisión grupal, hacemos el esfuerzo de ubicar con el material de cada caso esos obstáculos clínicos y también aquellos que puede llegar a imponer la institución misma bajo diferentes formas.

## Abordaje interdisciplinario en la internación

El siguiente caso busca transmitir, mediante un recorte, el abordaje interdisciplinario de un tratamiento en el breve curso de una internación y los puntos álgidos en que la urgencia subjetiva y el cruce de discursos plantean interrogantes sin respuestas *a priori*. Fue escrito en conjunto con residentes que rotaron por el servicio de Internación y presentado en el XXXVII Congreso de APSA, Asociación de Psiquiatras de Argentina (Pelizzari *et al.*, 2024).

Marité es una señora de 60 años, oriunda de otro país, emigrada hace 30 años, sin antecedentes de atención previa por salud mental en el hospital. Ingresa al servicio de Guardia de Salud Mental por episodio de sobreingesta medicamentosa con psicofármacos acumulados durante meses según indicación de psiquiatra para tratamiento del insomnio. El primer intento de realizar la entrevista fue fallido, debido a que permanecía sedada por los fármacos ingeridos. Inicialmente, se entrevista a un amigo, único referente que se hace presente. Al día siguiente, los psicólogos de guardia intentan entrevistarla. Marité se muestra reticente, se niega a hablar. Las enfermeras refieren que las ideas de daño persisten. Por ello, se indica continuar internación y, ante la propuesta, intenta fugarse. Considerando el episodio acontecido, la presencia de riesgo para sí y la escasa red de contención, se realiza la internación involuntaria; es trasladada hacia el servicio de salud mental de otra ciudad por falta de cama. Al cuarto día regresa para continuar su internación en nuestro hospital. Esta vez acuerda y firma el consentimiento informado, y así pasa la internación a voluntaria, la cual tiene una duración de siete días, hasta que se otorga el alta para continuar tratamiento ambulatorio.

En la primera entrevista, Marité se muestra con actitud suspicaz. Se encuentra dispuesta al diálogo, pero esboza sus relatos con prudencia. Durante la relación transferencial, fue fundamental nuestro interés en su relato, la receptividad

hacia sus palabras. Durante su permanencia en el dispositivo de internación, fue esencial que se le ofreciera la posibilidad de un espacio de subjetivación. Ello le permitió historizar su vida e inscribir el episodio de sobreingesta en el contexto particular en el que acontece para ubicar, en el trabajo analítico, lo singular de la causa subjetiva. Marité continúa en tratamiento ambulatorio luego de su alta, siendo muy decisivo para su proceso el haberse sentido alojada, contenida y escuchada durante la internación.

## Cierre

El campo de la salud mental se encuentra cada vez más en el centro de las problemáticas sociales, culturales y políticas. Si bien existe una brecha insalvable entre lo que la práctica nos enseña y el campo de la salud mental basado en las normativas con protocolos de aplicación, es notable cómo la embestida progresiva de las nuevas formas de malestar en la civilización complejiza aún más el margen de intervención en salud mental. En este contexto, los dispositivos de tratamiento de la subjetividad se encuentran cada vez más amenazados por nuevas políticas fundadas en modelos de consumo y producción en serie. Puede el lector imaginarse la planificación, el diseño y el funcionamiento de un hospital general con el modelo de una fábrica automotriz de trabajo mecanizado y controlado. La experiencia demuestra que, ante el arrasamiento de las subjetividades, el dispositivo más sofisticado es el que aporta la palabra. Reestablecer su estatuto y valor en diferentes contextos profesionales y con quienes cumplen su función desde un cargo político sigue siendo la apuesta más importante.

A 35 años de la declaración de Caracas, ¿en qué contexto se sitúan las políticas de salud mental frente a las problemáticas crecientes? El quiebre del tejido social con la virtualización de los lazos se hace cada vez más notorio

en las demandas que aumentan en una coyuntura socio-política que muchas veces cuestiona los derechos. ¿Cómo orientarnos, entonces, en el abordaje de usuarios y redes sociales vulnerados? Si la formación teórica y el saber de la experiencia son siempre factibles de entrar en jaque, ¿qué hacemos con el punto de imposible de la praxis? ¿Creamos instancias de formación? Ubico además un interrogante que considero central: ¿qué efectos provoca toda intervención que se incluya en una terapéutica y que no se oriente en un vínculo transferencial?

## Referencias bibliográficas

- Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley n.º 26.657, Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones Complementarias. Derógase la Ley n.º 22.914 [ley nacional]. *Boletín Oficial de la República Argentina*, n.º 32.041. Recuperada de <https://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>.
- Di Liscia, M. S. (s.f.). El Hospital de Santa Rosa, hacia sus 80 años. Instituto de Estudios Sociohistóricos, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de La Pampa.
- Ministerio de Salud de La Pampa. Histórico: quedó inaugurado el Hospital “René Favalaro”. En <https://salud.lapampa.gob.ar/mds/prensa/historico-queda-inaugurado-el-hospital-rene-favaloro>.
- Pelizzari, M., Rossi, A. y Guzmán, B. (2024). *Lo que falla en el acto suicida. Abordaje interdisciplinario de un tratamiento en internación*. En XXXVII Congreso Argentino de Psiquiatría “Las depresiones y los suicidios. Una mirada clínica” de APSA (Asociación de Psiquiatras de Argentina).

# **El hospital general, a veces, como la puerta de entrada a la atención en salud mental**

*Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy,  
provincia de Jujuy*

MÓNICA N. MEDINA

## **Introducción**

Este trabajo describe la experiencia de atención por salud mental en el Hospital Pablo Soria, con particular énfasis en lo que ocurre en la guardia, como lugar en el cual se atienden las urgencias y se direcciona hacia la internación o el alta. Se describirán los interrogantes que surgen a partir del quehacer cotidiano.

## **El hospital**

El Hospital Pablo Soria se fundó en el año de 1960. Se encuentra ubicado en San Salvador, la ciudad capital de la provincia de Jujuy, siendo un hospital de dependencia provincial. Este hospital se erige como el centro de mayor complejidad de la provincia, siendo por ello lugar de referencia. Ofrece atención ambulatoria y por internación de más de catorce especialidades de la salud, además de servicios diagnósticos. Cuenta con 380 camas, entre las que se incluyen las de terapia intensiva y la guardia. Las camas se organizan por servicios y niveles de cuidados.

El hospital ofrece atención a personas a partir de los 16 años de edad. La población a la que se atiende es de un nivel socioeconómico medio-bajo, desde empleados públicos hasta aquellos que realizan trabajos independientes, desempleados e incluso personas en situación de calle. Al ser una provincia limítrofe con Bolivia y Chile, también se recibe población de estos países y de extranjeros turistas que están de paso por la región.

El hospital se encuentra en el centro de la ciudad. Su estructura edilicia fue quedando pequeña para la cantidad de población y de especialidades con que cuenta, y con poca posibilidad de expansión hacia los costados. El estado de la edificación varía mucho entre sectores, ya que tiene salas en gran estado de deterioro, incluso habitaciones inutilizables por la gran cantidad de humedad y caída de revoques, y también tiene áreas renovadas, por ejemplo, una nueva ala de guardia inaugurada en diciembre de 2024, o un sector destinado a terapia intensiva que quedó tras la pandemia de COVID-19 y la inversión realizada para la atención de esta. Adicionalmente, existen áreas que son del hospital, pero que se ubican por fuera de su predio, en una casa donada al hospital que queda frente a este. En dicha casa se encuentran las áreas de prevención de cáncer, el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Jujuy (CUCAIJUY), legales y salud mental, entre otras.

## **La salud mental en el hospital**

La atención por salud mental en el hospital se inició en la década del 70. En un principio funcionaba dentro del hospital con el préstamo de algunos consultorios y el trabajo en interconsulta. Posteriormente, se le otorgó un consultorio fijo, hasta que, debido a la cantidad de profesionales que contaban con un solo consultorio, se hizo difícil continuar el trabajo ambulatorio desde salud mental. Por tal motivo,

se ofreció a los profesionales utilizar las instalaciones de la casa frente al hospital, conocida como “Casa de Piedra”, lugar al cual se trasladó el área en el año 2000. Como se mencionó anteriormente, la “Casa de Piedra” es de uso compartido con otras áreas del hospital.

El equipo está conformado por la Unidad de Salud Mental (USM) y por la Guardia Activa de Salud Mental (GASM). La Unidad de Salud Mental (USM) cuenta con tres profesionales de planta permanente: dos psicólogas y un psiquiatra. Los servicios que se brindan son admisión, consulta externa e interconsultas con todas las salas y especialidades del hospital, en el horario de lunes a viernes durante la mañana. Adicionalmente, en el año 2018, se sumó la GASM, siendo coordinada también por la jefa de la USM, quien se encarga de armar los cronogramas de guardia y las actividades relacionadas con el área.

De los servicios brindados por la USM, la *admisión* se realiza una vez a la semana. Allí se atiende a los pacientes ambulatorios derivados por los diferentes servicios del hospital, para iniciar un tratamiento psicológico, psiquiátrico o mixto por *consulta externa*. Las *interconsultas* se llevan adelante en las diferentes salas y servicios del hospital, donde se trabaja conjuntamente con el equipo que allí trabaja: el médico que solicitó la interconsulta, enfermeros, fisioterapeutas, etc. Se participa de pases de sala y ateneos destinados a profundizar en aquellos casos que así lo requieran; y también se trabaja con familiares y referentes de la persona internada.

En el año 2018, se inició el trabajo del equipo de GASM, como consecuencia de la jubilación de varios profesionales de la USM sin incorporación de nuevos integrantes. Ello llevó a que la demanda existente quedara con una cobertura mínima, lo que producía un retraso en la respuesta a las interconsultas de las salas y de la guardia. Además, se observaba un incremento en la demanda a la guardia por casos de salud mental referidos a intentos de suicidio, crisis de ansiedad, ataques de pánico y violencia de género. Ante

esta situación, se presentó el proyecto de incluir a nuevos profesionales, pero en un formato específico y formal de guardia activa.

Es así como en la actualidad la GASM cuenta con un psicólogo por día, cada uno de los cuales realiza una guardia de veinticuatro horas, con lo cual se cubre la atención de lunes a domingo. Estos trabajadores tienen otros empleos durante la semana. Además, se cuenta en la guardia con el acompañamiento del psiquiatra de la USM de lunes a viernes durante la mañana.

El trabajo específico en la GASM se orienta a brindar apoyo psicológico y acompañar a las personas consultantes y a sus familiares, tanto en consultas específicas de salud mental como en aquellas de salud física, pero con impacto a nivel emocional. Además de la atención directa a personas consultantes y sus familiares, se participa en los ateneos centrales del hospital, como estrategia para ir asentando al equipo de GASM, trabajándose temas como las implicancias médicas y psicológicas de la interrupción legal del embarazo, posibles intervenciones en *triage* en salud mental, las urgencias en los intentos de suicidio, el trauma, y las intervenciones en duelos para personal de Terapia Intensiva del hospital. Estas acciones buscan reforzar la noción de salud integral, de calidad de la atención y de la integración de la salud mental a la salud en general, en el marco de la normativa vigente (Ley 26.657, 2010).

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Las internaciones se realizan tanto en la guardia como en las salas comunes del hospital. Cabe señalar que se realizan internaciones por salud mental desde que funciona el servicio de Salud Mental, es decir, desde inicios de los 70. Describiremos primero el trabajo que se realiza desde la

guardia y las internaciones que allí se realizan y, posteriormente, las que son derivadas a las salas.

Respecto a las internaciones en la guardia, es necesario entender cómo llegan las urgencias al equipo de GASM. La modalidad de funcionamiento, lo que rige los intercambios y las respuestas en la guardia, responde a la concepción médica de urgencia, es decir, se basa en aquello que la medicina define y entiende como “urgente”. Según Sotelo (2006), la medicina define la urgencia por la aparición abrupta de una alteración del cuerpo biológico que hay que volver a la normalidad y que no puede esperar. Es en este marco de la guardia en el cual introducimos y desarrollamos nuestra práctica.

Son cuatro las situaciones en las cuales somos llamados a intervenir. Primero, las personas se presentan espontáneamente o traídas por familiares o el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME). Son atendidas por el médico clínico, que, una vez descartada la causa orgánica para el padecer, las deriva bajo la forma del “no tiene nada”. Se realiza una interconsulta con Salud Mental, a quien se le supone un “saber hacer con la nada”. Segundo, hay otra serie de cuadros orgánicos en donde se presume un factor emocional como su desencadenante. Son todas esas consultas donde los médicos escuchan “algo más”. Lo más característico son cuadros de hipertensión arterial secundaria al anuncio de la muerte de un familiar o de alguna situación de estrés agudo. En tales casos, intervenimos, dándole la palabra al sujeto y facilitando el despliegue de lo subjetivo. Así es posible ubicar algún episodio, que se ubica en el lugar de la causa y el antecedente de la aparición sintomática. La apuesta es que *esa marca* que aparece en el registro del cuerpo como síntoma físico pueda pasar al registro de la palabra.

La tercera situación en la cual solemos ser convocados es para intervenir frente a la muerte de un paciente o familiar en la guardia. La diversidad de respuestas subjetivas puede ir desde el mutismo y la perplejidad hasta la violencia

y la excitación. En general, el pedido tiene que ver con cierta urgencia del lado de los médicos, que estemos allí donde ya nadie quiere estar porque no hay nada más por hacer. También el pedido habla de cierta suposición de que los psi sabemos decir acerca de lo indecible, que nosotros sabemos dar malas noticias, o que tendremos “mejores palabras” (Camaly, 2014).

Finalmente, hay una tendencia generalizada en la guardia a rotular rápidamente cualquier episodio de autoagresión como “intento de suicidio”. En general, los episodios de autoagresión se presentan bajo la forma de intoxicaciones medicamentosas o heridas cortantes, ambas en un amplio espectro de magnitud variable. Luego de la intervención del médico clínico o la especialidad requerida según el caso, empieza nuestra tarea. En la entrevista le proponemos a la persona reanudar el camino del “acto autoagresivo” a la “palabra” que no pudo ser dicha.

Además de este trabajo de construcción de sentido, se evalúa la letalidad del método utilizado, la intencionalidad referida, la situación de contexto, dónde y cómo fue realizada la autoagresión, antecedentes de episodios similares, autocrítica de lo realizado y posibilidad de pensar vías alternativas para la tramitación del malestar, el diagnóstico de base y la continencia familiar. Es el entramado de todas estas variables lo que permite una evaluación del riesgo del episodio y es ello lo que orienta respecto de la indicación terapéutica que realizar: internación o derivación a tratamiento ambulatorio. Cabe señalar que la provincia de Jujuy cuenta con protocolos para los casos de intentos de suicidio. Hay un circuito de comunicación formal, de manera que las autoridades ministeriales tomen conocimiento del estado de salud de una persona en riesgo. A su vez, se plantea el seguimiento por parte del centro de atención primaria de la salud (CAPS) de la zona que tiene registrado al usuario, su familia, el contexto en el que se desarrolla y los tratamientos que llevó, o no, adelante (Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, 2023a, 2023b).

Respecto a la internación en salas, las personas que pasan a tal instancia son aquellas que están esperando una derivación para continuar un tratamiento específico, otras que esperan, por ejemplo, una cirugía y algunas en situación de vulnerabilidad social. Tales internaciones se realizan en las salas comunes; en general, pasan a Clínica Médica y, en casos de gravedad, a Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Las personas usuarias que más frecuentemente atendemos son personas que ingresan por intentos de suicidio, adicciones, violencia de género, crisis de angustia y ataque de pánico. En la mayoría de los casos, se trabaja únicamente en guardia. Aquellos casos que pasan a sala suelen ser personas con intentos de suicidio persistentes o con lesiones físicas que requieren atención en la UTI. En cuanto al perfil sociodemográfico y ocupacional de la población, en general consultan adultos jóvenes, entre los 19 y 35 años, tanto varones como mujeres y de nivel educativo bajo y desempleados. Los profesionales que trabajan en la internación incluyen médico clínico, enfermeros, trabajador social, fisioterapeuta, psicólogo y psiquiatra.

En términos de complejidad, los casos más dificultosos son los cuadros de adicciones ya que suelen presentar abstinencia. En tales situaciones suelen querer irse, pudiendo llegar a romper mobiliario, entre otras conductas disruptivas. Esta situación se complejiza dado que deben compartir habitación con otros pacientes que se encuentran internados por padecimientos físicos. Esto lleva a la reticencia por parte del personal de la sala a alojar a personas internadas por salud mental. Este es uno de los desafíos más complejos del trabajo en el hospital.

Durante la internación se realizan entrevistas individuales, entrevistas con familiares y tratamiento psicofarmacológico. Según los casos, se le permite a la persona deambular por la sala o dirigirse a espacios comunes como el *hall* o el balcón que tiene vista al exterior. Se cuenta con espacios verdes solo alrededor del hospital y no en su interior. Por otro lado, hay vinculación con otros sectores como justicia,

desarrollo social, educación y, desde la sanción de la Ley de Salud Mental, con el Órgano de Revisión. Con este último se trabaja con información cruzada sobre el estado diario del paciente, como así también sobre los pasos a seguir al momento del alta. Con los otros sectores, se emiten informes según corresponda.

En cuanto a la red familiar o referentes, se realizan entrevistas continuas durante la internación de manera que puedan acompañar el proceso y buscar opciones a la hora de pensar en la externación. También se gestiona el turno y acompañamiento en el CAPS del barrio. En función de las necesidades de cada caso, hay intervenciones de servicio social destinadas a gestión de documentación, coberturas de salud, gestión de instrumental médico que requiera el paciente, etc. También se solicita en algunos casos el recurso de acompañamiento terapéutico, realizando informes con las solicitudes correspondientes. Este recurso suele ser negado por la falta o escasez de personal de este tipo, hecho que dificulta la internación, la derivación y la externación.

## **La guardia como puerta de entrada**

El siguiente caso busca ejemplificar cómo la guardia se puede constituir en la puerta de entrada al sistema de atención en salud mental en casos de personas con patologías orgánicas, en donde no siempre se atiende a los componentes emocionales de su patología de base. Muestra, además, que una internación breve puede ayudar a contener a la persona para después continuar su tratamiento de manera ambulatoria, sin necesidad de prolongar innecesariamente una internación.

Valeria, de 27 años, ingresa a la guardia por sobreingesta de medicación. Se le realiza un lavaje de estómago, que, con el pasar de las horas, le traerá un alivio físico y horas de sueño, que en general venían pospuestas. Llevada adelante

esta primera intervención, se procede a la entrevista psicológica, en la cual refiere que está diagnosticada con epilepsia desde los diez meses de vida y manifiesta un cansancio desmedido de continuar con su vida, tal como está en ese momento. Su pedido es el de aliviar su sufrimiento.

En el primer tramo del tratamiento, recorrerá el tiempo que lleva medicada y su lugar en la familia debido a esta enfermedad crónica. Dirá: “Estoy cansada de tomar medicación todos los días desde que tengo noción”. Relata que tanto sus padres como hermanos siempre estuvieron pendientes de su salud en general.

Los puntos significantes para empezar a trabajar son algunos dichos como “Soy la enfermita de la casa”, y “Para los otros puedo, pero, cuando quiero hacer algo por mí, aparecen los problemas: me informo mal, no llego, trabajo y no puedo ir”. Esta ubicación como la enferma, la que no puede, para ella aparece como un punto de repetición, como respuesta a la demanda del Otro.

Permanece internada por veinticuatro horas, durante las cuales se realizan diversas entrevistas cortas que le irán permitiendo preguntarse sobre sus propios dichos, así como encontrar cierto alivio en esta puesta en palabra de su sufrimiento. Posteriormente, instalada la transferencia, evoluciona y se otorga el alta con la aceptación del turno programado. Es decir, se propicia un espacio para que pueda asociar; esto permite alivio psíquico y la continuidad de las entrevistas por consultorio externo del hospital. Retomando a Seldes (2006), “nuestra intervención debe apuntar en primer lugar a que se transforme en urgencia del sujeto, la prisa por evaluar su responsabilidad en esto que le sucede” (p. 38).

Valeria mantiene regularidad en su tratamiento ambulatorio, el cual toma importancia para ella. En él logra trabajar cuestiones sobre su lugar en la familia y desarrollar proyectos propios como inscribirse al profesorado de Educación Física.

Este caso ilustra la relación entre la salud física y la salud mental, y la importancia de atender a ambos aspectos. Una enfermedad física de base, diagnosticada, con tratamiento específico y controles puede generar un momento de crisis que pone en riesgo la vida de la persona, pero también esta crisis puede ser una oportunidad para iniciar un abordaje específico en salud mental que lleve a revisar la posición de la persona ante la enfermedad y la muerte. Así, una “urgencia” que lleva a la persona a consultar en la guardia de un hospital general puede constituirse en oportunidad para poner palabras al sufrimiento, y ser la puerta de entrada a un trabajo terapéutico posterior.

## Cierre

Dentro de las herramientas con las que se cuenta para la atención en los servicios de guardia, están aquellas propuestas por los profesionales de la salud mental, quienes pueden aportar –y de hecho lo hacen– a una atención de la salud desde una perspectiva integral, es decir, aquella que atiende a los aspectos subjetivos de la salud y la enfermedad.

El dispositivo de Guardia Activa en Salud Mental que hemos implementado en el hospital ha contribuido a habilitar el camino de la palabra, lo cual creemos ha sido valioso no solo para consultantes y familiares, sino también para el personal de salud, nuestros compañeros en la tarea. Ha permitido además empezar a considerar a las personas usuarias como sujetos integrales, no solo como un órgano que sufre, sino como alguien que expresa por el cuerpo lo que le pasa a nivel emocional. Por todo ello, al hospital general y a los médicos, mis compañeros, profundamente gracias por acompañarme en el proceso del caso por caso, y el desafío diario.

## Referencias bibliográficas

- Camaly, D. (2014). *Perspectivas de la clínica de la urgencia: Modalidades de resolución de la urgencia*. Ediciones Grama. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental, n.º 26.657 (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy (2023a). Protocolo para la atención y derivación sanitaria de personas con problemáticas de salud mental y/o consumo problemático (Resolución 781-831/23).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy (2023b). Protocolo de Abordaje de conductas de riesgo suicida y autolesivas en población general (Resolución 781-834/23).
- Seldes, R. (2006). *La urgencia generalizada: La urgencia subjetiva*. Ediciones Grama. Buenos Aires, Argentina.
- Sotelo, I. (2006). *La urgencia generalizada: La guardia, la admisión, la primera consulta*. Ediciones Grama. Buenos Aires, Argentina.



# **De la cronificación a la dignidad: prácticas subjetivantes con el reconocimiento de derechos en salud mental**

*Hospital Padre Ángel Buodo, General Acha,  
provincia de La Pampa*

MARÍA ELENA DARATHA, MARÍA DE LOS ÁNGELES MARTICORENA  
Y ADRIANA WUNDERLICH

## **Introducción**

El presente capítulo busca relatar los cambios producidos en el tiempo en el funcionamiento y la organización del sector de Salud Mental del Establecimiento Asistencial Padre Buodo, de la localidad pampeana de General Acha. El servicio de Salud Mental del hospital, creado en la década del 70, funcionaba al momento de sancionarse la Ley Nacional de Salud Mental como un servicio destinado a pacientes crónicos, acercándose más a la lógica de un hospital psiquiátrico que a la de un hospital general. A partir de dicha normativa, se produjeron transformaciones en el funcionamiento del sector de Salud Mental, que se abordan en este trabajo.

## **El hospital**

El Establecimiento Asistencial Padre Buodo se encuentra ubicado en la localidad de General Acha, ciudad fundada en 1882. Es la ciudad cabecera del departamento de Utracán

de la provincia de La Pampa. Su área de cobertura abarca una extensa zona rural, que incluye dos zonas sanitarias, teniendo como área de responsabilidad veinte localidades. La población residente en el área de cobertura del hospital es de cerca de 40.000 habitantes, de los cuales 15.459 residen en la ciudad de General Acha (INDEC, 2022). La población de la región es en general de nivel socioeconómico medio-bajo, siendo las ocupaciones predominantes en el sector público, jornaleros, comercio y empleados del sector privado.

El edificio en el que funciona actualmente el hospital fue inaugurado en 1960, y tuvo remodelaciones posteriores. Es un hospital provincial con atención a niños y adultos. Además de ofrecer atención por más de quince especialidades de salud, cuenta con servicio de Laboratorio e Imágenes. El servicio de Internación consta de sesenta camas, incluyendo sector de Terapia Intensiva y de Guardia. Se trata del único hospital general de la zona, ofreciendo atención a toda la población, tenga o no cobertura por obra social.

El edificio en el que funciona el hospital es de dos plantas. La planta alta se agregó a raíz de una remodelación, y en esta funciona un auditorio, oficinas administrativas y la dirección. En la planta baja, funcionan todos los servicios de atención. Adicionalmente, algunos servicios se localizan en edificaciones contiguas al edificio central, entre los que está la sala de internación en salud mental. A su vez, el hospital cuenta con viviendas destinadas a los profesionales, las cuales datan de su época fundacional, observándose también en otros hospitales de la provincia. Presumiblemente, la disponibilidad de viviendas para el personal fue un incentivo para que se instalaran en la localidad.

## La salud mental en el hospital

El sector de salud mental funciona desde 1961, funcionando con pacientes de la zona. Un tiempo después se descentralizaron los hospitales nacionales a las provincias y retornaron los pacientes oriundos de La Pampa, que se encontraban internados en los hospitales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires (Borda y Moyano). La internación psiquiátrica de este hospital contaba entre veintiocho y treinta camas.

En 1977, el Ministerio de Salud designó que el sector de Psiquiatría de General Acha pasase a ser un sector de internación psiquiátrica de *pacientes crónicos*, y fueron derivados todos los pacientes de la provincia con diagnósticos de trastornos mentales severos (“crónicos”) y retrasos mentales, siendo en un gran porcentaje personas judicializadas.

En dicho momento, a pesar de ser un sector de un hospital general, el modo de funcionamiento se asemejaba al de los hospitales psiquiátricos del país. La internación en estos lugares (manicomios) implicaba la pérdida absoluta de derechos, insania legal y estigmatización. El encierro se acompañaba de exclusión y sobremedicación.

Con el transcurrir de los años, se redujo el número de camas, y llegaron a ser diez en la actualidad. Esto se inició con un proceso de retorno de las personas usuarias a sus localidades de origen, hasta que aproximadamente en el año 2013, y con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 (2010), se llevó a cabo el mayor proceso de externación de la historia del servicio.

En el mismo espacio físico, funcionan tres consultorios externos, dos de psicología y uno de psiquiatría. También se ubica una sala de reuniones y de consultas de los trabajadores sociales, sala de espera y oficina de la secretaria.

Se realiza *atención ambulatoria* de psicología y psiquiatría para adultos e *interconsultas* con otros servicios, *abordaje familiar* para el tratamiento de alcoholismo y *terapia familiar sistémica* (cuando lo requiere un paciente de internación). A su vez, se realizan *guardias pasivas*, que en un inicio eran solo

cubiertas por el psiquiatra y, desde hace diez años, también por psicólogas. El paciente llega a la guardia central, y el médico de guardia, si lo considera, llama a quien esté a cargo de la guardia pasiva de salud mental para que brinde la atención pertinente. Las patologías prevalentes en la guardia son crisis de ansiedad e intentos de suicidio. Estos últimos siguen un proceso de notificación, reglamentado por la provincia, a fin de trabajar en la prevención del suicidio y en el control posvención.

Actualmente, el equipo de trabajo de adultos está conformado por una médica psiquiatra, dos psicólogas y un trabajador social (quien pertenece al área de servicio social hospitalario), además del personal de enfermería, que se encarga de la atención en internación y el control farmacológico de algunas personas usuarias que asisten de manera ambulatoria. Una de las psicólogas y la médica psiquiatra tienen dedicación exclusiva al hospital, y el resto de los profesionales trabaja a tiempo parcial. Desde 2019, se trabaja con acompañantes terapéuticos (A.T.), contando en la actualidad con once, quienes acompañan aproximadamente a cincuenta pacientes. Las A.T. son coordinadas por la trabajadora social y una de las psicólogas.

Adicionalmente, en 1992 se inauguró el servicio Infante-Juvenil, fuera del ámbito hospitalario, en el centro de la ciudad, en una casa que alquilaba el Ministerio de Salud, con el objetivo de realizar prevención y atención de las problemáticas de salud mental de las infancias y adolescencias. El equipo estaba conformado por una psicóloga, una psicopedagoga, una trabajadora social y una secretaria. Con el transcurrir de los años, dicho equipo se disolvió, debido a que no fueron reemplazados los profesionales que se trasladaron o jubilaron, hasta que el equipo se extinguió. En la actualidad se están realizando las gestiones para reactivar el funcionamiento del equipo infante-juvenil.

Nuestras prácticas se enmarcan en el paradigma de la complejidad, abordando el proceso de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva histórica y contextual.

Evitamos, en la medida en que se pueda, la medicalización excesiva y buscamos realizar intervenciones subjetivantes que promuevan cuidados en salud mental. Para ello, realizamos talleres tanto para pacientes internados como ambulatorios, con el fin de promover el desarrollo personal, la autonomía y el bienestar emocional en diferentes espacios de participación activa.

Además, realizamos reuniones interinstitucionales con distintos actores, como organismos de salud derivantes, dirección de discapacidad, municipio y organismos judiciales. Estas reuniones buscan fortalecer la coordinación y la colaboración entre todos los actores involucrados, asegurando una atención integral y articulada para las personas que atendemos.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Para 2025, el sector de Internación funciona en un pabellón viejo y con poco mantenimiento separado del edificio central del hospital. Consta de diez habitaciones individuales. Solo una de ellas tiene baño privado, tratándose de la habitación utilizada para aislamiento en el caso de pacientes con trastornos conductuales, detenidos, con COVID, etc. Adicionalmente, el área de Internación cuenta con dos baños en mal estado de mantenimiento; un salón comedor para realizar las actividades y las comidas diarias, que cuenta con televisor, mesas y sillas; cocina, lavadero, guardarropa; un *office* de enfermería y una sala de usos múltiples más pequeña. A su vez, se cuenta con dos patios: uno interno y uno externo. Este último tiene árboles frutales y de sombra y es allí en donde se arma la piletta en el verano.

Con relación al perfil de la población ingresada, la mayoría son personas adultas. Los adultos mayores de 65 años que cuentan con cobertura por PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), si

bien les corresponde atenderse con otro prestador, dadas las enormes distancias, son atendidos ambulatoriamente por salud mental en este hospital, pero, si requieren internación, se derivan a su prestador.

Con respecto a los motivos de internación, el mayor porcentaje es por intentos de suicidio relacionados con el consumo problemático y trastornos de personalidad, y les siguen las descompensaciones psicóticas por falta de adherencia al tratamiento. También recibimos muy frecuentemente derivaciones de otros servicios de salud de la zona que no tienen internación de salud mental (somos hospital de referencia de la zona) para valoración o ingreso, o derivaciones por falta de camas. Los ingresos suelen ser voluntarios. En caso de internaciones involuntarias, se notifica al Poder Judicial.

Las intervenciones más frecuentes en el ámbito de la internación son el abordaje psiquiátrico y psicológico. Además del abordaje individual con el paciente, realizamos entrevistas familiares y contamos con una oferta de actividades recreativas y talleres. En aquellos casos de pacientes con consumo problemático de sustancias, efectuamos derivaciones a centros de deshabitación, siendo dos en nuestra provincia. Ambas instituciones tienen como requisito para el ingreso la evaluación desde nuestro servicio.

También articulamos con dispositivos de acompañamiento terapéutico, para propiciar el proceso de externación en el caso de personas que así lo requieran. Los seguimientos de las problemáticas suelen darse en articulación con los centros de salud y profesionales de las zonas de influencia. La elaboración de informes judiciales consume un tiempo considerable del trabajo en el servicio. En el caso de requerirse, realizamos reuniones con otras instituciones, las cuales son coordinadas por el trabajador social. Entre tales instituciones cabe mencionar la Dirección Provincial de Niños, Niñas y Adolescentes; la Unidad Local de Niños, Niñas y Adolescentes; la Unidad Funcional de Género; los Equipos Técnicos de Juzgados de Familia, Niños, Niñas y

Adolescentes; la Oficina de Atención a la Víctima del Delito y los Testigos; y los equipos técnicos de educación primaria y secundaria.

Durante el año 2024, hubo 52 ingresos a la sala de internación. En términos de días de internación, el 60 % de los pacientes ingresados permaneció entre uno y diez días, el 25 %, entre diez y treinta días, y el 15 % restante, más de un mes de internación, aunque en dicho porcentaje incluimos a los pacientes crónicos institucionalizados. Cabe señalar que, al momento de escribir este trabajo (abril de 2025), de las diez camas, cinco estaban ocupadas por personas con más de 25 años de internación.

En relación con los obstáculos de la internación, se destaca la falta de la formalización de un servicio de salud mental, lo cual permitiría contar con mayores recursos humanos y materiales. Actualmente, Salud Mental es un sector del hospital con jefatura, aunque su funcionamiento no se diferencia de un servicio en cuanto a las exigencias ministeriales. Tampoco se cuenta con el recurso de guardias activas, a diferencia de los otros dos hospitales de la provincia que tienen internación en salud mental. Cabe mencionar que los profesionales que trabajan en la internación son los mismos que trabajan en consultorios externos, interconsultas y guardias pasivas. Otro obstáculo es el deterioro edilicio, que se traduce en falta de actualización de sistema eléctrico y de salidas de emergencia, escaso número de baños y falta de consultorio para la atención del paciente internado. Otro problema es la falta de insumos como vajilla, ropa de cama, colchones, almohadas, sillas, mesas y escritorios. También, la falta de capacitación específica sobre salud mental del personal de enfermería.

En relación con los desafíos, consideramos que armar dispositivos comunitarios para evitar la cronificación e institucionalización de las personas con padecimiento mental sería fundamental, como así también generar espacios familiares en la comunidad donde se planteen temas de salud mental, desde una perspectiva libre de prejuicios tendiente

a la desestigmatización. Un desafío aún pendiente es lograr que el resto de los actores institucionales tenga una mirada integral de la salud en la que la salud mental esté incluida.

## **El hospital no es la casa**

Elegimos presentar un caso que ejemplifica un aspecto relacionado con las internaciones prolongadas a partir de la demanda de la familia y la comunidad, con el fin de excluirlo, ya que lo consideran “no apto para vivir en sociedad”, desde la representación estigmatizante de que “el loco debe estar internado”. El abordaje realizado en este caso se fundamenta en la perspectiva de derechos de los sujetos e ilustra la pertinencia de intervenciones que van más allá de los espacios terapéuticos individuales. Tales intervenciones incluyen el abordaje familiar y social, y la inclusión de acompañantes terapéuticos, y se orientan hacia el objetivo de promover la vida en sociedad del paciente y evitar las internaciones prolongadas.

Fidel es un joven que actualmente tiene 30 años y que vive con su madre, la pareja de la madre y dos hermanas menores en General Acha. Su primera sintomatología psiquiátrica apareció a sus 18 años, teniendo como antecedentes el consumo de alcohol y marihuana. Fidel no concluyó sus estudios secundarios. Inicialmente, se observaron ideas delirantes paranoicas, conductas amenazantes, insomnio y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, falta de comunicación y de relación con otras personas. Así, se inició tratamiento psicofarmacológico ambulatorio que fue difícil de sostener, ya que no se seguían adecuadamente las indicaciones, vinculado ello a la creencia de su familia de que lo que le ocurría era por el consumo o porque “se hacía el loco”.

Después de una descompensación psicótica desencadenada por el abandono de la medicación, se realizó una

internación breve, menor a quince días. Durante esta internación no fue posible trabajar con su medio sociofamiliar. Fidel reingresó al mes, ya que presentaba ideas delirantes y conductas violentas que generaron alarma en la familia y pedido de ayuda a la policía.

Fidel decía sentirse más protegido en el servicio que en su casa, ya que era rechazado y agredido verbalmente por su familia. Esta manifestaba querer que Fidel continuara internado, ya que lo consideraba peligroso, encarnando la asociación entre locura y violencia que describe Foucault (1999). Uno de los objetivos del trabajo con Fidel fue que comprendiera que el hospital no era su casa, ya que se iba de permiso, pero regresaba antes, manifestando que quería dormir en su cama, “la del hospital”.

La segunda internación fue prolongada. Considerando el contexto sociofamiliar y que la familia no quería que se quedara en la casa por el temor a que tuviera conductas violentas, se trabajaron estrategias diferentes para la externación, realizando entrevistas individuales con la madre, visitas domiciliarias y entrevistas familiares. Se incluyó en el abordaje antes del alta, cuando ya tenía permisos de salida, a una A.T. que pudiera acompañar a Fidel y su familia. Se fomentó la importancia de que Fidel tuviese un lugar en su casa, que “lo alojasen”, que pudiera ser visto como un sujeto que sufre y necesita sostén y que había que tolerar que por momentos dijera “cosas raras”. En el abordaje familiar, se buscó que su red vincular comprendiera que, aunque el discurso de Fidel fuera delirante, eso no implicaba la necesidad de internación.

Una vez externado, la A.T. promueve actividades deportivas y recreativas. Fidel también se incluye en un taller de oficios y ayuda a la A.T. a llevar viandas a otros pacientes, lo cual le da un lugar de reconocimiento. También arma red con otra paciente, con la cual realizan panificados y los venden, y con ello ha logrado aumentar su autonomía. Psicopatológicamente, su discurso continúa disgregado, pero estable.

A su vez, se le brindaron herramientas a la madre para que pudiera entender que su hijo podía deambular, sin que ella lo viera como patológico o peligroso. Adicionalmente, nos reunimos con la policía para brindar otra mirada sobre Fidel. Estas intervenciones profesionales fueron posibilitadoras de cambios tanto sociales como familiares. Previo a estas, cada vez que en la localidad veían a Fidel caminando, lo llevaban a la comisaría, llamando a su madre o al sector de psiquiatría para constatar si se había escapado.

Consideramos que nuestro trabajo con Fidel puede enmarcarse en lo que Stolkiner (1988) denomina “prevención en salud mental”, la cual se dirige al desanudamiento de situaciones problema, teniendo como objetivo que los sujetos puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar. Desde esta perspectiva, la *participación* en sí es un factor de salud mental, pues ubica a las personas en un rol activo ante su vida.

## Cierre

La Ley Nacional de Salud Mental traza un horizonte compartido para la transformación de la atención en salud mental. Sin embargo, este marco debe necesariamente articularse con la historia particular de las prácticas de cada territorio. La atención en nuestro hospital ha tenido la particularidad de desarrollarse en el marco de un hospital general, pero desde muy tempranamente cumplió con un rol de institución pensada para la cronicidad. Hemos tenido que desanudar esta situación compleja, viéndonos enfrentados a tener la mitad de nuestras camas ocupadas por personas con internaciones muy prolongadas, a la par que responder a las nuevas demandas y padecimientos de los sujetos.

A su vez, debemos enfatizar el trabajo con el resto de los profesionales intervinientes en la atención en salud integral, que ayude a desarmar prejuicios que los llevan a

considerar a los pacientes como “solo” de salud mental, obstaculizando la atención adecuada. Para nosotros, la apuesta es, siguiendo a Elena de la Aldea (2019), la de cuidar en tiempos de descuido.

## Referencias bibliográficas

- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. Lom Ediciones.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales*. Ed. Paidós.
- INDEC. (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En <https://www.indec.gob.ar/>.
- Ley Nacional de Salud Mental, n.º 26.657 (2010). Boletín Oficial de la República Argentina.
- Stolkiner, A. (1988, abril). Prevención en Salud Mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema. Ponencia presentada en el 4.º Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires, Argentina.



# Un servicio de salud mental adentro y afuera del hospital general: los otros muros

*Hospital 4 de Junio – Dr. Ramón Carrillo,  
Presidencia Roque Sáenz Peña,  
provincia del Chaco*

JULIETA PUJOL

## Introducción

En este escrito se describe el trabajo que se lleva adelante en el servicio de Salud Mental del hospital 4 de Junio Dr. Ramón Carrillo, en el cual se realizan internaciones por salud mental desde el año 1967. Se plantea como fortaleza el ser sede de una residencia interdisciplinaria en Salud Mental, pese al problema de la ausencia de postulantes de psiquiatría en los últimos años. A su vez, se señala como una dificultad para el trabajo la diferencia y distancia edilicia entre el servicio de Salud Mental y los demás servicios del hospital. Se analiza particularmente la situación de las internaciones prolongadas como nudo problemático en el trabajo en salud mental.

La autora del capítulo trabaja en el servicio desde hace ocho años, habiendo comenzado su experiencia profesional hace más de doce años en otras instituciones públicas que también contaban con internación en salud mental. Esta experiencia lleva a reflexionar sobre la complejidad del quehacer cotidiano y lo que implica para las personas el estar internadas por cortos o largos periodos de tiempo en una institución.

## El hospital

El hospital 4 de Junio Dr. Ramón Carrillo funciona desde el año 1947, y se ubica en la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco. Es un hospital provincial que cuenta con internación de ocho especialidades clínicas, además de contar con terapia intensiva y servicio de Guardia y Emergencia. Ambulatoriamente cubre diecisiete especialidades adicionales a las de internación y ofrece servicio de diagnóstico por imágenes. En total, el hospital cuenta con 214 camas organizadas por servicios.

La población que concurre al hospital es mayormente de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, la cual tiene 101.086 habitantes según el último censo (INDEC, 2022), y de pueblos y ciudades aledañas. La atención médica cubre todas las etapas del ciclo vital. Siendo uno de los pocos lugares de la zona que ofrece guardia las veinticuatro horas con especialistas, la población que concurre es diversa, incluyendo personas con cobertura pública exclusiva y otras que poseen cobertura por obras sociales.

En el año 2015, se inauguró un nuevo edificio para el hospital, lo que significó un avance extraordinario en materia edilicia y tecnológica, proponiendo nuevos servicios, sectores diferenciados para atención ambulatoria y rehabilitación, banco de sangre y laboratorios completamente equipados, siendo los únicos en la región en realizar ciertas prácticas. Los consultorios externos son cómodos y diferenciados por especialidad. Sin embargo, es importante mencionar que en ese nuevo edificio no se contempló el servicio de Salud Mental, que subsiste en la parte “vieja” del predio hospitalario, en medio de edificios en condiciones de demolición. En este predio, que pertenece a lo que comúnmente se conoce como “el hospital viejo” o “la parte vieja”, están solamente el servicio de Salud Mental, la morgue y el servicio de Kinesiología y Rehabilitación. Si bien, actualmente, el servicio de Salud Mental tiene un

nuevo espacio, con consultorios de admisión y seguimiento, secretaría, piezas de internación, salón de usos múltiples y salas de residencia y profesionales de planta, aún continúa existiendo por fuera del nuevo y moderno hospital.

Los servicios que poseen internación y que están dentro del nuevo edificio hospitalario tienen doble ingreso, diferenciado para pacientes y profesionales, cuentan con salas de espera acondicionadas, habitaciones más amplias y lugares de enfermería cómodos. Además, los pacientes pueden dirigirse a otros servicios a fin de realizar ciertas prácticas (laboratorios, diagnóstico por imágenes o conseguir un turno) sin necesidad de salir del edificio. Esto no es posible si se está internado en el servicio de Salud Mental y, en caso de querer gestionar un turno, las personas deben caminar por la vereda para ingresar a la parte de estadísticas del nuevo edificio. El flujo de comunicación entre el nuevo edificio y el servicio de Salud Mental se sostiene gracias a la voluntad de los profesionales que desean ser parte de la vida en el hospital general.

## **La salud mental en el hospital**

El servicio de Salud Mental, inicialmente conocido como servicio de Psiquiatría, comenzó su atención en el año 1964. En ese momento contaba con dos pabellones para mujeres y hombres, una habitación de contención, un comedor común y un patio externo con tejido perimetral ubicado en el fondo del antiguo hospital. Contaba en esos años con más de cincuenta camas de internación, la mayoría ocupadas por pacientes que vivían en el hospital.

En sus inicios, el servicio era atendido por enfermeros y psiquiatras, sin guardias médicas. En el año 2000, se inauguró la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM); ingresaron en ese primer momento cuatro residentes, operando bajo la lógica manicomial. Esto fue así

hasta unos años antes del surgimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, momento en el cual se profundizaron los debates sobre las condiciones de internación y la prolongación de estas en este hospital.

En el 2010, posterior a la Ley de Salud Mental, se inició con una serie de transformaciones que tuvieron como punto de quiebre la externación de algunos usuarios internados crónicamente (que estaban viviendo en el servicio, y hasta ese momento parecía no alarmar a nadie esa condición). Fue un gran acontecimiento esta ley, según lo pueden referir los más antiguos del servicio, ya que instauró otra forma de trabajo. A partir de allí, la jefatura del servicio de Salud Mental comenzó a proponerse como un equipo de gestión interdisciplinario, lo que actualmente continúa así. Cabe destacar que administrativamente solo puede figurar un jefe de servicio, que en general y hace bastantes años es médico. Para el interior del servicio, el equipo de gestión es aquel que se encarga de planificar, organizar, coordinar y gestionar el funcionamiento del servicio. Se pasa de una lógica manicomial (el antiguo servicio de Psiquiatría como un depositario) a brindar una atención con eje en los derechos de los sujetos con padecimiento mental. Otro punto para destacar es que, de las cincuenta camas de internación iniciales, se pasa a tener en la actualidad doce camas. Fueron los mismos profesionales del servicio, acompañados por la Dirección Provincial de Salud Mental, quienes poco a poco redujeron el número de camas de internación, lo que permitió que personas que habían estado viviendo en un hospital pudieran regresar a sus domicilios o, cuando esto no era posible, a sus localidades.

Actualmente, en el servicio de Salud Mental, se realizan atenciones ambulatorias, internaciones, interconsultas, admisiones y atención en consultorios externos. Las guardias del servicio son interdisciplinarias, integradas en su mayoría por residentes que pueden ser trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros. El profesional médico es el único que pertenece a la planta del hospital en las guardias

activas. Dichas guardias son de veinticuatro horas, los siete días de la semana, incluso feriados. Es interesante destacar que hace más de siete años que no ingresan residentes en la especialidad de Medicina, a pesar de que en la ciudad existe una carrera de Medicina que tiene egresados desde hace más de cinco años. Cabe destacar la diferencia entre atención ambulatoria y por consultorios externos. La primera es brindada en el servicio de Salud Mental y se realiza posinternación o como seguimiento de aquellos usuarios que ya tienen un equipo de tratamiento. Los usuarios que no tienen antecedentes de internación en el servicio y requieren atención por profesionales de salud mental (no en una urgencia) sacan turno por consultorios externos. Los turnos los otorga Estadísticas del hospital y suele haber demoras en el otorgamiento por sobredemanda. Los profesionales que trabajan en el servicio de Salud Mental son los mismos que realizan consultorios externos, pero no manejan la gestión de turnos ni el espacio de consultorios que se encuentra en el nuevo hospital.

Los equipos de trabajo se conforman por profesionales de planta y de residencia, quienes realizan conjuntamente todas las acciones que se llevan a cabo en el servicio. La atención en consultorios externos es realizada únicamente por Psicología y Psiquiatría, todos los días de la semana en diversos turnos. En cuanto al personal que conforma el servicio, se cuenta con cuatro psiquiatras, cinco trabajadores sociales y ocho psicólogos, todos con contrato de planta del Ministerio de Salud Provincial con cargas horarias de 44 o 34 horas semanales. Los enfermeros cuentan con un sistema diferenciado de guardias y de horarios, cuya gestión y organización están realizadas por la supervisora de enfermería y responde a la unidad de enfermería del hospital.

Como se mencionó anteriormente, el servicio de Salud Mental cuenta con una formación de residencia. Esta es una residencia interdisciplinaria en salud mental, con una duración de tres años. Las profesiones incluidas son medicina, psicología, trabajo social y enfermería. Si bien la evolución

de la RISaM tuvo variaciones en cuanto a clases dictadas, tareas que se realizan, cantidad de residentes ingresantes, actualmente se cuenta con once residentes, todos ellos con una beca de formación de 44 horas semanales, distribuidos de la siguiente forma según su disciplina: cuatro psicólogos, cuatro enfermeros y tres trabajadores sociales. Dicha RISaM cuenta con un jefe de residentes y un puesto para instructor general. Es así que las clases se sostienen por el deseo de transmisión de algunos profesionales de planta internos y otros externos (en otros dispositivos, pero que han sido formados en la RISaM) ya que no se recibe remuneración por ellas. Se mantienen más de cuatro cátedras en la RISaM de forma anual para cada año de la residencia, además de ateneos centrales, ateneos internos y otros seminarios de duración variable.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Como punto de partida, es necesario señalar que el servicio de internación por Salud Mental en este hospital tiene una altísima demanda, ya que es uno de los dos servicios que ofrece internación por Salud Mental desde el nivel provincial.

Las internaciones por salud mental se llevan a cabo desde los inicios del servicio, en 1964, en sala específica destinada a tal fin. En los últimos cinco años, debieron realizarse más de tres mudanzas por diferentes motivos, ya sea que el edificio otorgado estaba en condiciones de demolición, o por inundaciones que no permitían la atención adecuada e imposibilitaban las internaciones.

El hecho de que el servicio de Salud Mental no haya estado considerado dentro del edificio nuevo del hospital y de que todavía no cuente con una estructura edilicia definitiva evidencia el lugar otorgado a la salud mental. Esto refleja la exclusión como forma de inclusión: se está en el

predio del hospital, pero en la parte que se conoce como “el viejo hospital”. La sala de salud mental cuenta con doce camas de internación dispuestas en boxes de tres y cuatro camas, baños diferenciados para pacientes varones y mujeres, estar de enfermería, ropería, salón de usos múltiples para pacientes y otro para profesionales, patio para pacientes y otro para profesionales, cocina, baño y habitaciones para profesionales. Este nuevo servicio significó una mejora en la calidad y comodidad de la atención para pacientes y profesionales; su inauguración se realizó en abril de 2025 luego de una larga espera y constantes diálogos sobre la importancia de contar con un lugar que permitiera condiciones dignas para la internación.

Los equipos que intervienen en la internación están compuestos por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros, quienes evalúan a la persona internada diariamente, manteniendo entrevistas familiares cada dos o tres días según la necesidad, buscando construir formas de acompañamiento del padecimiento mental para lograr un tratamiento ambulatorio sostenido. Las intervenciones apuntan a estabilizar el cuadro de la persona internada y lograr una externación lo antes posible, detectando factores de riesgo y protección de la salud mental, momentos de descompensación y posibilidades de estabilización de su cuadro psicopatológico.

En el servicio de Salud Mental, se internan adolescentes y adultos únicamente. Las problemáticas más frecuentes de ingreso a internación son conducta suicida, consumo problemático de sustancias, patologías duales y descompensación psicótica. Desde el primer día de internación, se trabaja en el alta, identificando vínculos familiares o allegados que puedan acompañar el tratamiento y brindar apoyo. Paralelamente, se aborda lo social y lo psicológico del usuario, analizando qué lo llevó a descompensarse o brotarse y cómo se manifiesta su cuadro clínico.

Cuando la persona ya tiene antecedentes de internación, se trabaja en el sostenimiento del tratamiento, dado

que su abandono suele ser la principal causa de las reinternaciones. Muchas veces, este abandono del tratamiento está relacionado con la falta de medicamentos y de recursos económicos para adquirirlos. Es importante destacar que, ante el faltante de medicación en el hospital, se activa inmediatamente una red de centros de salud y hospitales cercanos para subsanar esta carencia, aunque en ocasiones no es suficiente para cubrir la demanda. Es así que durante la internación se ofrecen y garantizan intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociales (gestión de documentaciones necesarias). Si es que la persona presenta alguna comorbilidad física descompensada, se realizan las interconsultas que ameriten para la resolución o el control de esta.

Se trabaja desde el enfoque de la Ley de Salud Mental, con internaciones voluntarias e involuntarias según amerite la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario que ingresa a cada persona a internación. En cualquiera de ambas posibilidades, la internación es acompañada, es decir, un familiar o referente acompaña la internación quedándose con esa persona en el servicio. Cuando la internación es involuntaria, se procede conforme a lo establecido por la ley, dando aviso a los organismos pertinentes. El Órgano de Revisión de la provincia del Chaco suele realizar recorridas de forma asidua, y existe una buena relación de trabajo con dicho ente. De la misma forma, con el juzgado que esté de turno.

Los profesionales que trabajan en la internación lo hacen de forma diaria los días hábiles, siendo los mismos que llevan adelante la atención por consultorios externos. Posterior al alta de la persona, se realizan entrevistas de seguimiento de los casos, generalmente una vez al mes. Si es posible, se realiza la derivación a un centro de salud más cercano a su domicilio, aunque a veces no se cuenta con profesionales en algunos centros del interior. Es así que se gestionan pasajes de colectivo o traslados por la red de

ambulancias para garantizar el tratamiento y seguimiento de aquellos usuarios que no residen en la ciudad.

Hay que hacer mención especial a las internaciones prolongadas, las cuales se refieren a cuando las personas continúan en la sala de internación, pero en situación de “alta en sala”. Por razones externas a su cuadro psicopatológico, estas no pueden regresar a su domicilio y la internación se prolonga por falta de familiares o de una vivienda digna. Otra razón para la prolongación de la internación son las cuestiones judiciales, por las medidas de seguridad que recaen sobre algunos usuarios. Cabe mencionar aquí, agregando a las razones para una prolongación de las internaciones, la falta de otros dispositivos intermedios o convivenciales. La ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña cuenta con una sola casa de convivencia asistida que actualmente no posee vacantes. Por lo anterior, ante la falta de otros apoyos comunitarios, o ante la imposibilidad de que el sujeto realice un tratamiento en su localidad, queda internado mayor tiempo del estimado. Al trabajar bajo la dinámica de cama caliente, las internaciones suelen durar entre tres días y dos semanas, dependiendo del cuadro psicopatológico de cada sujeto.

Trabajar en la internación en salud mental nunca se vuelve un trabajo rutinario, siempre los desafíos son diferentes. Tal como se mencionó más arriba, puede que no estén dadas las condiciones edilicias para otorgar una buena atención o que las personas usuarias lleguen sin referentes de apoyo. A ello se suman obstáculos que muchas veces impiden realizar el trabajo, como la falta de medicación o los tiempos que deben esperar para conseguir un turno por consultorios externos.

## Cuando las internaciones se prolongan

Quisiera detenerme a analizar una situación problemática que se presenta durante la internación, y es cuando esta se prolonga en el tiempo. En la actualidad, de las doce camas para internación por Salud Mental, cuatro están ocupadas por personas internadas por seis meses o más.

Específicamente, podemos ilustrar la complejidad de esta situación con el caso de una persona que lleva internada más de seis años. Esta persona tiene el anhelo de regresar a su domicilio. Aunque algunos de sus familiares están dispuestos a apostar por una vida cercana a sus afectos, las instituciones responsables del seguimiento ambulatorio en su localidad (ya que no es oriunda de Presidencia Roque Sáenz Peña) se niegan a implementar un plan de externación y a continuar los controles necesarios. Además, su caso todavía no cuenta con una resolución judicial y pesa aún una medida de seguridad.

El equipo de internación ha realizado numerosas acciones para concretar su regreso al domicilio, como instaurar salidas terapéuticas breves a su localidad. La persona es oriunda de una localidad cercana, por lo que se gestionó una ambulancia para poder visitar a familiares y evaluar la reinserción social, acompañadas siempre por profesionales del servicio que viajaron más de tres horas en cada salida. Se modificó el esquema de tratamiento a fin de lograr una mejor adherencia. Ante todas estas estrategias, el equipo siempre se encontró con trabas que muchas de las veces lograron quebrantar la voluntad y el deseo de continuar trabajando para encontrar alguna manera que posibilite que esta persona tenga una vida en lo social, que su único mundo no sea el hospital. Se podría decir que las políticas públicas no acompañan la reinserción comunitaria, tan necesarias para la eliminación de las lógicas manicomiales y de encierro segregativas. Ello pese a que la Ley Nacional de

Salud Mental indica el desarrollo de dispositivos comunitarios que garanticen la inclusión social.

Al decir de Stolkiner (2024), el “manicomio” no es un establecimiento, sino una institución, o sea, una forma social establecida que pauta determinadas relaciones. Por ende, lo manicomial se puede repetir en todas aquellas prácticas donde una persona es objetivada y pierde sus derechos y el valor de su palabra en nombre de su estado mental.

Aunque son pocas las personas usuarias en esta condición de larga internación, su situación nos hace preguntarnos si se está haciendo todo lo posible y necesario para lograr su externación. Junto a la pregunta, surgen algunas certezas. En primer lugar, el área de salud no puede responder a todas las carencias para garantizar una externación. En segundo lugar, muchas internaciones se prolongan por cuestiones judiciales, que complejizan la práctica diaria. Un tercer factor que mencionar es que muchas veces las personas no tienen a dónde regresar. Algunas llegan derivadas de clínicas privadas después de largas internaciones previas, habiendo perdido sus lazos familiares y sin un hogar ni sustento económico.

## Cierre

Llegando al final de este recorrido, lo principal del trabajo en este servicio de Salud Mental es el movimiento: el flujo constante de usuarios que concurren todos los días, la cantidad de residentes que se forman en este servicio para luego ser destinados a otras instituciones y las mudanzas. Siempre en salud mental el trabajo es entre todos y con otros: con otras instituciones, con otros ministerios para lograr algún resultado a largo plazo. Y es entre todos: entre todos los profesionales que deben tener presentes no solo el modelo de atención comunitaria instaurado por la Ley

Nacional de Salud Mental, sino la convicción de que la vida es en lo social, junto a otros.

No puedo dejar de señalar que lo edilicio forma y transforma las prácticas, los sujetos que están allí y los tiempos y espacios que pueden disponerse y otorgarse. Para atender e intervenir, es preciso contar con tiempo y espacio para compartir con el otro, sea usuario o profesional, porque el trabajo diario incluye reuniones de equipo, pases de sala, construcciones de casos; y a veces ni siquiera se cuenta con un lugar para encontrarse, hablar o estar.

Es un servicio dentro del hospital general por fuera de los muros de este, que aun así encuentra dificultades en la reinserción de los pacientes posteriormente al alta o cuando se debe realizar una internación conjunta entre salud mental y otro servicio. Hay muchas resistencias por parte de otros sectores hospitalarios y sociales para un trabajo vinculado, para construir estrategias que apunten a que una persona con padecimiento mental viva en sociedad. Aun así, los profesionales se mueven por el deseo de construir prácticas en salud mental que posibiliten internaciones lo más breves posible y una vida en sociedad con crisis subjetivas contenidas por los afectos por fuera de los muros de una institución.

Es curioso, cuando alguna persona se interna en otro servicio del hospital, por ejemplo, Cirugía o Clínica Médica, no se les pide a los profesionales o al servicio en sí que le modifiquen la vida, le otorguen las condiciones necesarias para realizar tal tratamiento o que le “consigan” cosas. Sin embargo, en las internaciones en salud mental, hay muchísimas demandas más que solamente “que se mejore” o “que se cure”. El objetivo de las internaciones por salud mental es complejo. Depende de qué arista uno elija para analizar, tendrá una respuesta diferente.

Particularmente, pienso que quizás las internaciones busquen que los referentes afectivos puedan acompañar las crisis de los sujetos, que las personas con padecimiento mental puedan pedir la ayuda necesaria y que los profesionales

estemos a la altura de lo que se nos pide, que es poner el cuerpo y la escucha a fin de garantizar el derecho a la protección y atención de la salud mental de todas las personas (LNSM, 2010). No puedo dejar de mencionar que se trabaja por una atención en salud mental digna, humanitaria, pública y para todos.

## Referencias bibliográficas

- INDEC (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En <https://www.indec.gob.ar/>.
- Ley Nacional de Salud Mental, n.º 26.657 (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Stolkiner, A. (2024). Fundamentos de la salud mental comunitaria. En A. D. Wilner & F. Torricelli (Eds.), *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado* (1.ª ed., libro digital, pp. 10-33). Editorial UNLa.



# Una historia entre avances y retrocesos

*Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia,  
provincia del Chaco*

VALERIA ÁRNICA, BRENDA VANDI

## Introducción

En este capítulo queremos presentar al servicio de Salud Mental del hospital Julio C. Perrando, reconstruyendo parte de su historia, sus avances y retrocesos, en un intento de búsqueda del sentido de nuestras prácticas actuales y su impronta particular, desde el supuesto de que la historia es el pasado historizado en el presente (Lacan, 1953).

## El hospital

El hospital general en el que se encuentra nuestro servicio de Salud Mental se fundó en 1910, y lleva el nombre de quien fue su primer director. Es un hospital de dependencia provincial, siendo el único de complejidad alta dentro de la provincia del Chaco. El hospital cuenta con una amplia gama de servicios que ofrecen residencias médicas e interdisciplinarias en diversas especialidades, atendiendo cirugías y patologías que requieren alta complejidad y tecnología, por ejemplo, trasplantes renales, cirugías cardiovasculares, cirugías plásticas, etc.

El hospital recibe para su atención a personas de todos los géneros, de más de 13 años, en su mayoría de clase social baja carentes de obra social o prepaga, de toda la provincia

y zonas aledañas. Cuenta con 54 servicios, once de los cuales brindan internación, con 568 camas organizadas por servicios, algunos de ellos agrupados por sectores y niveles de cuidado. Adicionalmente, ofrece atención por consultorios externos y servicios de diagnóstico de laboratorio y de imágenes.

Su estructura edilicia conserva en gran parte la arquitectura original de antiguos pabellones separados por calles internas y arboledas que oxigenan y dan impronta al gran hospital. Algunos pabellones antiguos presentan deterioro en su estructura por el paso del tiempo y por las condiciones climáticas de la región, conviviendo estos con reestructuraciones más actuales y modernizadas de sectores como salas de internación indiferenciadas, quirófanos, guardia de emergencias, etc.

## La salud mental en el hospital

En 1972, con recursos iniciales provenientes de Nación, el servicio de Salud Mental nació bajo la modalidad de comunidad terapéutica, alineado con las políticas de la Organización Mundial de la Salud. Fue desde el inicio un servicio de internación a puertas abiertas, con orientación psicodinámica y comunitaria, siguiendo los postulados de Enrique Pichon-Rivière. Se priorizaban espacios colectivos y asambleas donde participaban tanto personas usuarias como trabajadores.

A mediados de los años 70, en consonancia con el grave retroceso en materia de derechos humanos y políticas públicas, el servicio cambió rotundamente su modalidad, se volvió asilar y manicomial. Se levantó un *muro* que separaba a “los locos” del mundo externo, se anularon los consultorios externos y el sector de recreación. Además, se perdió gran parte del personal asignado a salud mental. El abordaje terapéutico era puramente biologicista, medicamentoso y

con terapia electroconvulsiva (TEC). La población internada desbordaba la capacidad del servicio, y se creó el programa “altas rápidas”, que consistía en la aplicación de TEC y posterior rehabilitación a cargo de auxiliares sociales.

Con la vuelta a la democracia en 1983, y la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, se impulsaron cambios significativos en salud mental en todo el país (Chiarveti, 2008). En Chaco se creó la Dirección Provincial de Salud Mental. Se eligieron nuevas autoridades con impronta psicoanalítica para la jefatura del servicio, se erradicó la TEC, se logró derribar “el muro” que encerraba y separaba a las personas internadas, se remodeló el edificio, con lo cual se recuperaron y priorizaron los consultorios externos, la sala de laborterapia y los espacios colectivos. Se reorganizaron equipos interdisciplinarios, se inauguraron las interconsultas y se retomaron las salidas a la comunidad, disminuyeron las internaciones y crecieron las prácticas ambulatorias. Había que reconquistar el mundo externo. Eso incluía el mundo hospitalario, ya que una década detrás de muros nos tornó invisibles, o peor aún, “peligrosos”.

Se creó entonces la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), que cuenta ya con 35 años de existencia. Esta tiene una impronta psicoanalítica e incorpora profesionales médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Año a año forma profesionales como especialistas que pasan a trabajar a diferentes dispositivos de la red de servicios en salud mental de la provincia.

El servicio de Salud Mental funcionó en su edificio original hasta 2009, cuando, debido a su deterioro, se trasladó al fondo del hospital, frente a la morgue, la cocina y el lavadero. En 2020, la pandemia abrió un nuevo capítulo en la historia del servicio. Equipos interdisciplinarios de salud mental pasaron a integrarse a los equipos de salud que atendían en las salas de aislamiento por COVID-19. Las tareas desde salud mental fueron la contención del personal de salud, personas internadas y familiares, atención telefónica, protocolos de visita y muerte digna. La pandemia dejó como

saldo la remodelación edilicia del servicio, que actualmente continúa en ampliación (sector de consultorios externos y camas diferenciadas por grupos etarios) ya que aún no se ajusta a la demanda actual.

Actualmente, contamos con veintiocho camas para internación distribuidas en cuatro pabellones: dos pabellones con camas para hombres y dos para mujeres, con baños diferenciados por género, un comedor, sala de estar, pasillos de circulación entre pabellones, un sector de enfermería en el centro de la sala, con vista panorámica y un patio. Además, se cuenta con dos habitaciones individuales con baño privado. La demanda continua y las altas rápidas hacen que muchas veces estas habitaciones devengan mixtas. Cuando las internaciones exceden la capacidad de camas de los servicios del hospital, este cuenta con un sector de camas indiferenciadas que no pertenecen a ningún servicio en particular, sino que funciona por niveles de cuidado.

El servicio incluye además consultorios externos, administración y un hospital de día. En este último, junto con personal cedido por el Ministerio de Educación (profesores de materias especiales) y profesionales de salud mental, se coordinan talleres y actividades grupales de lunes a viernes, incluyendo teatro, música, gimnasia, apoyo escolar, cerámica, huerta, grupo de familiares, etc.

El servicio cuenta con varios equipos interdisciplinarios de atención, conformados por médicos psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros, con alrededor de setenta profesionales de planta permanente, sumando unos treinta profesionales en formación de la RISaM. Además, hay equipos de guardias diarias activas de doce horas de lunes a viernes, y veinticuatro horas los fines de semana y días feriados, conformados por un médico psiquiatra u otro profesional especialista en salud mental de planta, junto a un equipo interdisciplinario de cuatro o cinco residentes.

Actualmente las prácticas de los equipos consisten en admisión de urgencias, asistencia de las personas internadas, diariamente se realizan entrevistas individuales o en

equipo y talleres de familiares, tratamientos ambulatorios en consultorios externos, interconsultas, pericias y juntas interdisciplinarias e intersectoriales en respuesta a oficios judiciales, visitas domiciliarias de urgencia y programadas, evaluaciones psicológicas prelaborales, equipos de interrupción legal del embarazo (ILE/IVE) de trabajo conjunto con ginecología, intervenciones en salud sexual y reproductiva, equipos que trabajan en trasplante renal, equipos en la línea de guardia remota nocturna, supervisión de casos y dictado de clases en la RISaM y otras RISaM comunitarias que rotan por el servicio.

Todos los días se realizan pases de guardia durante la mañana y la tarde. Allí se comentan no solo las novedades significativas de la sala de internación, sino también toda la demanda externa de urgencia atendida por guardia. Los viernes se realiza un pase de sala donde participa todo el personal; se discute y consensúa sobre los abordajes a seguir con cada una de las personas internadas. Todos los martes se realizan ateneos clínicos.

Cada vez que una persona se interna por primera vez, se le asigna un equipo interdisciplinario, que luego sigue su tratamiento ambulatoriamente. Se apuesta al fortalecimiento del vínculo con el equipo tratante, desde el supuesto de que un vínculo sólido incide en el manejo oportuno de posibles descompensaciones.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El servicio de Salud Mental desde sus inicios cuenta con un sector de internación. En la actualidad las internaciones son breves. La población atendida en su mayoría es de ambos sexos, de nivel educativo bajo (finalizada la escuela primaria), con actividad laboral informal y de oficios. El promedio de estadía de las internaciones es de quince días, aunque hay casos que, por medidas judiciales o por situaciones de

vulnerabilidad psicosocial y deterioro de vínculos afectivos, pueden llegar a estar más tiempo, y alcanzan, en situaciones extremas, uno o dos años.

En términos de problemáticas más frecuentes, la sala suele internar a pacientes con sintomatología aguda, con riesgo para sí o para terceros y que no puede ser manejada de forma ambulatoria. En su mayoría, son casos de psicosis en fases de descompensación aguda, consumo problemático de sustancias, cuadros de abstinencias posconsumo de sustancias psicoactivas, hospitalización para desintoxicación y posterior derivación a alguna comunidad terapéutica, intentos de suicidio, episodios maníacos, depresivos y mixtos graves, retrasos mentales con síntomas psicóticos o de descompensación aguda. Debe señalarse que la demanda de internación por consumos problemáticos es creciente año tras año. Se trata de una problemática que torna muy complejos los criterios de ingreso y alta.

Las demandas de internación suelen provenir de los mismos pacientes y de los familiares, aunque también de los equipos de salud que trabajan en el primer nivel de atención. Además, existe la demanda judicial y de otros sectores del Estado (Desarrollo Social, instituciones educativas, etc.). El paciente que ingresa a internación puede estar permanentemente acompañado por algún familiar o recibir visitas en los horarios establecidos. Al ingresar, cada paciente firma un consentimiento informado y, en caso de que el ingreso sea involuntario, se acordó con el sector judicial un protocolo en el cual se informa de la internación involuntaria al juzgado de turno y al Órgano de Revisión de Salud Mental. Ambas instancias son informadas vía informes por escrito sobre la evolución del cuadro y alta u otros datos de interés durante el transcurso de la internación.

Los equipos de internación están compuestos por alrededor de cuarenta profesionales en total, incluyendo médico, psicólogo, trabajador social, enfermero, todos especialistas en salud mental. El equipo se encarga de evaluar desde el ingreso las estrategias de tratamiento y de alta. Salvo

contraindicación del equipo por el estado o las necesidades del paciente, las personas pasan gran parte del tiempo en el comedor del servicio interactuando con otros, escuchando música, mirando TV. También juegan al fútbol o realizan actividades al aire libre en el patio de la sala.

Con el propósito de evitar la prolongación de las internaciones innecesariamente, se trabaja frecuentemente en conjunto con Desarrollo Social, con el propósito de dar contención y sostener tratamiento de pacientes sin vínculos y sin lugar donde vivir. La provincia dispone de paradores nocturnos y diurnos, que alojan a personas en situación de calle.

Las reinternaciones son comunes por varios motivos. Se destaca que en ocasiones las altas son apresuradas, dada la gran demanda actual que sobrepasa a la oferta disponible. Otro factor que incide es la vulnerabilidad psicosocial y económica, la cual empeora la calidad de vida, los vínculos afectivos y la situación de salud general. A esto se suman muchas veces la falta de medicación (en su mayoría antipsicóticos atípicos), la falta de inclusión, situaciones de violencia y los consumos problemáticos de sustancias de baja o nula calidad.

Un aspecto problemático es la creciente demanda de internación de adolescentes, que, por la falta de lugar adecuado y capacitación de los profesionales en la temática adolescente, torna complejo este abordaje. A modo de protocolo, cada vez que ingresa un adolescente, informamos a las instituciones judiciales correspondientes. Pedimos que ingrese con acompañamiento permanente de un familiar dentro de la sala y, en el caso de no contar con ningún familiar, se asigna un enfermero por turno para ese paciente exclusivamente.

Cada persona internada es entrevistada y evaluada diariamente en equipo o individualmente. Además, en el curso de la internación, se mantienen entrevistas con familiares y referentes afectivos. Se brindan tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, psicodinámicos, de

orientación psicoanalítica, de abordaje individual y grupal. Adicionalmente, el servicio cuenta con médico clínico para la atención de pacientes internados y, en caso de necesidad, se interconsulta con otras especialidades médicas con que cuenta el hospital. También se utilizan en algunos casos permisos de salida, cuando el paciente se encuentra próximo al alta, para evaluarlo en el contexto familiar; otras veces a modo de que el egreso sea planificado y progresivo.

Nuestra mirada singular de los casos, la apuesta al vínculo terapéutico, el valor de la transferencia como herramienta esencial en los tratamientos, la flexibilidad con la que intentamos dar contención y solución a las problemáticas alojadas siguen siendo nuestra fortaleza, aun cuando muchas veces esa flexibilidad nos da impresión de desorganización o caos institucional. Parafraseando a Garaventa (2025), la hospitalidad es dar lugar a la singularidad.

## **Una internación que desata la vida**

Seleccionamos el siguiente caso porque da cuenta del proceso de compensación psicopatológica de un paciente en salud mental, mostrando las diferentes intervenciones del equipo interviniente y los obstáculos y las dificultades frecuentes del trabajo en salud mental y con otros sectores.

En una visita de urgencia solicitada por vecinos, nos encontramos con un joven de veintitantos años desnutrido y deteriorado. Había perdido hábitos básicos de humanización: falta de higiene, de alimentación, capacidad para vincularse, hablar, vestirse. Julio vivía junto a sus padres en un departamento céntrico de la ciudad, ambos con graves dificultades subjetivas, por lo cual no podían registrar el riesgo en el que se encontraba su hijo y se negaban a la intervención de terceros.

Con paciencia y algunas visitas donde se realizaban entrevistas con los familiares y los vecinos, se logró que

los padres comenzaron a confiar en el equipo –integrado por médico, psicólogo, trabajador social y enfermero– y se procedió al traslado de Julio a la sala de internación, con la dificultad extra de que en este periodo de tiempo la madre falleció y el padre decidió irse a vivir a otra provincia. Julio quedó internado en la sala sin autonomía ni red vincular para poder afrontar el alta hospitalaria. Al inicio se requirió realizar interconsultas con profesionales del servicio de Clínica Médica, Diabetes y Nutrición por el estado de desnutrición y deterioro general con el que ingresó. Julio necesitaba asistencia para todas las actividades de la vida cotidiana.

Durante todo un año (2015), Julio permaneció internado en el servicio de Salud Mental. Se trabajó con la ayuda de una estudiante de acompañamiento terapéutico que realizaba sus prácticas en el servicio, quien, incorporada al equipo, colaboró en la rehabilitación de hábitos de autocuidado y autovalía básicos. Entre tanto, el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico individual lograba estabilizar su cuadro psicopatológico. Julio pudo empezar a expresarse, a manejar sus sentimientos, a reconocer su cuerpo.

Una vez lograda cierta estabilidad y autonomía, se articuló con otros dispositivos intermedios (casas de convivencia, hospital de día), y con diversos sectores, tales como el Instituto Provincial para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, el Ministerio de Desarrollo Social y el Poder Judicial, con los que se realizaron reuniones, acuerdos, negociaciones, para coordinar acciones y promover la autonomía al alta de Julio, creando una red de apoyo que lo sostenga en el afuera.

Se mantenía contacto telefónico frecuente con el padre, quien seguía ayudando económica y afectivamente, pero a la distancia, pues la proximidad parecía ser iatrogénica para ambos. Luego de todo un año, Julio logró compensarse psicopatológicamente y recuperar hábitos vitales y de autovalimiento. Desde hace varios años, vive junto a otros usuarios en una casa de convivencia, concurre diariamente

al hospital de día, toma solo el colectivo de ida y vuelta, participa activamente de talleres y actividades, le encanta conversar, es muy afectivo con todos. Como le gusta decir a él, “Salud Mental me salvó la vida”.

El caso nos muestra que es necesario considerar siempre lo singular a la hora de escuchar a una persona con padecimiento mental y, desde esta perspectiva, crear artesanalmente estrategias de intervención que promuevan la calidad de vida y la salud mental de los usuarios. Julio nos muestra que, a pesar de los ideales sociales, no siempre la familia funciona como única red posible de contención y que en ocasiones es necesario convocar, construir otras redes de acompañamiento por fuera del ámbito familiar para sostener la estabilidad afectiva. Este trabajo es posible gracias a la articulación, las negociaciones y los acuerdos con otros sectores.

## Cierre

En el imaginario social, la mayoría de las veces se espera que una internación en salud mental resuelva todos los aspectos de la vida de un sujeto: “que se cure”, “que deje de consumir sustancias”, “que no presente recaídas”, que egrese de allí cuando “desaparezca” la patología. Estas expectativas vuelven imposible y frustrante la tarea. Por el contrario, una internación en un servicio de salud mental en un hospital general es una instancia que ofrece un tratamiento posible en un momento agudo de la enfermedad, luego de lo cual deberá seguir otro momento y otros tratamientos e intervenciones fuera de la internación, involucrando a la familia, a la comunidad, a instituciones barriales, a diferentes sectores que operen como red, en un trabajo continuo.

Quienes trabajamos en el servicio de Salud Mental sabemos que la gran mayoría de las veces nos topamos con dificultades que frustran y desalientan. Pero también con

situaciones en las cuales logramos acompañar éticamente y desde la ternura (Wanzek, 2020), generando condiciones más dignas de vida, lo cual justifica nuestra impotencia diaria y hace que sostengamos nuestro trabajo a pesar de los obstáculos y nuestra posición y compromiso con la salud mental.

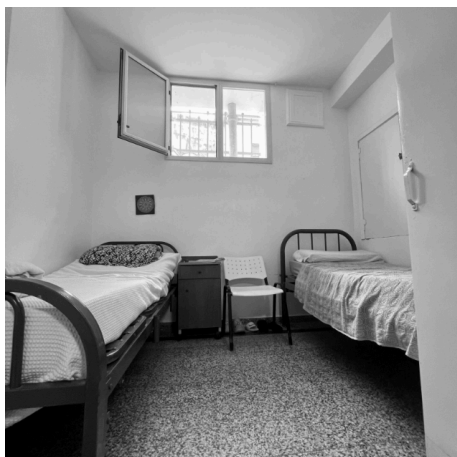
## Referencias bibliográficas

- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 173-182.
- Garaventa, V. (2025). *Hospitalidad de las prácticas de cuidado, anudamiento ético de temporalidad y ficción. En el margen*. En <https://tinyurl.com/mej4pcbk>.
- Lacan, J. (1953). *Los escritos técnicos de Freud: Introducción a los comentarios sobre los escritos técnicos de Freud*. Editorial Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental, n.º 26.657 (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Wanzek, L. (2020). Acerca del afecto tierno en Freud, del gesto amoroso en Lacan (pp. 59-60). En Iuale, L. y colaboradores (2020), *Disrupción de los afectos en la clínica y en la época*. Ed. JCE.



**II. Democracia, mercantilización  
y ampliación de derechos:  
sus marcas en la atención por salud  
mental en hospitales generales  
de Argentina (1983-2010)**





Hospital General José de San Martín. La Plata, Buenos Aires.



Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz. Belén, Catamarca.



Hospital Santa Rosa. Villaguay, Entre Ríos.

# Introducción

SARA ARDILA-GÓMEZ, MARTÍN AGREST Y CLAUDIA BAFFO

Este apartado reúne once experiencias desarrolladas entre los años ochenta y fines de los 2000 en Buenos Aires, Chubut, Jujuy, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán. El periodo presenta diferencias significativas en políticas de salud y salud mental, que pueden organizarse en tres momentos según Chiarvetti (2008) y PNUD (2011): (1) reapertura democrática (1984-1989); (2) implementación del neoliberalismo en salud (década de 1990 hasta la crisis 2001-2002); y (3) periodo poscrisis, con intentos de coordinación federal y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

## Reapertura democrática

El retorno de la democracia impulsó una política de salud mental alineada con los principios comunitarios. Entre 1984 y 1989, Vicente Galli promovió avances clave, destacando la necesidad de reconvertir la formación del personal en salud mental (Chiarvetti, 2008), como la creación de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM).

Instituidas a partir de 1985, las RISaM buscaban no solo enfatizar la formación interdisciplinaria, sino también que el recorrido de los profesionales en formación se organizara “desde la salud hasta la enfermedad”, siguiendo el modelo de los niveles de prevención, desde la primaria hasta la terciaria (Rodríguez Costa, 2013). Sin exagerar, su propuesta fue revolucionaria en términos formativos: desdibujaba los límites de saberes y poderes en la comprensión

e intervención de problemáticas complejas, al tiempo que privilegiaba otros espacios de práctica, entre ellos los hospitales generales.

La implementación de las RISaM varió según la jurisdicción, tanto en disciplinas involucradas como en su continuidad (Boccanera *et al.*, 1996; Rodríguez Costa, 2013; Vainer, 1999). La experiencia del *Hospital de Granadero Baignorria (Santa Fe)* evidencia su importancia en el desarrollo del servicio de Salud Mental y refleja el rol central de las residencias en muchos hospitales. En el *Hospital de La Plata*, las residencias de psicología y psiquiatría fueron antecedentes clave para la creación de la Sala de Internación en Salud Mental.

Es de destacar de la gestión de Galli que, aunque encontró dificultades para avanzar en la reforma de los hospitales psiquiátricos, particularmente de la Ciudad de Buenos Aires, pudo realizar una intensa labor con diferentes provincias, particularmente con aquellas con gobiernos radicales (Chiarvetti, 2008). Aun así, la cuestión de los hospitales psiquiátricos tradicionales es algo que insiste en algunos apartados de este libro, en cuanto los hospitales generales se erigen como alternativa a algunas intervenciones, como es el caso de la internación. Sin embargo, en este y otros apartados del libro, se observa que la pertenencia administrativa a un hospital general no es garantía de que un servicio de salud mental, y particularmente de internación, logre escapar al funcionamiento manicomial. Una discusión interesante al respecto puede encontrarse en la experiencia del *Hospital de Villaguay* en la provincia de Entre Ríos, el cual asume las internaciones por salud mental cuando se cierra el hospital psiquiátrico ubicado en dicha ciudad, heredando tanto pacientes como prácticas.

Este periodo de reapertura democrática fue clave en Argentina –y en otros países de la región– para fortalecer la conciencia sobre los derechos humanos, en particular los de las personas con problemáticas de salud mental. Esto se expresó tanto en los ámbitos de atención sanitaria (derechos

de los pacientes) como en la vida comunitaria (derechos vinculados a la inclusión social) (González y Levav, 2007). Esta creciente sensibilización constituyó un telón de fondo fundamental para los cambios legislativos que, ya en la década de los noventa, se produjeron en algunas provincias como Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos, algunas de cuyas experiencias se incluyen en este apartado del libro.

Particularmente, los relatos sobre los *hospitales de El Bolsón, Lamarque y Sierra Colorada*, de la provincia de Río Negro, ofrecen una ventana privilegiada para observar la implementación del proceso de “desmanicomialización” en esa provincia, así como el lugar del hospital general –y particularmente de las internaciones– dentro de las estrategias de continuidad de cuidados y de inclusión social de las personas con problemáticas de salud mental. En estas experiencias también se ilustra el rol de los *operadores de salud mental* como parte integral de los equipos comunitarios. La descripción de su accionar, en el marco de la política de desmanicomialización de Río Negro, constituye un buen punto de partida para reflexionar sobre sus diferencias y similitudes, tanto teóricas como prácticas, con otros recursos no convencionales de salud mental que se han integrado a los equipos de atención en hospitales generales y otros ámbitos, como los acompañantes terapéuticos, ampliamente mencionados en distintos apartados del libro. Esta reflexión permite cuestionar la noción de “nuevos” roles, ya que, tras más de treinta años de práctica sostenida, forman parte consolidada de los equipos de trabajo.

## Implementación del neoliberalismo

La década de 1990 estuvo marcada por la reforma de los sistemas de salud en la región en el marco de la reforma del Estado, bajo los principios del Consenso de Washington y con un rol protagónico del Banco Mundial en la definición

de políticas sanitarias (Almeida, 2005). Estas reformas buscaron consolidar la mercantilización de los sistemas y servicios de salud.

Los años 90 en salud mental comenzaron con la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), un hito para la reforma regional. En Argentina, la década combinó reformas promercado y reestructuración de la atención psiquiátrica (Ardila, 2009), dificultando el desarrollo de una red de servicios que, junto con los hospitales generales, garantizara continuidad de cuidados e inclusión social. La ausencia de esta red sigue siendo un obstáculo para que la internación cumpla plenamente sus objetivos, como se señala en numerosos capítulos de este libro.

La reforma del Estado en Argentina durante los años noventa introdujo, en el ámbito de la salud pública, una profundización de la descentralización, que culminó con la figura del Hospital Público de Autogestión. El resultado fue “un sistema atomizado en decisores provinciales y municipales”, acompañado por un incremento de las inequidades entre regiones (Stolkiner, 2009). Con el neoliberalismo de los noventa, la lógica de mercado fue la hegemónica en lo referido a la organización de los sistemas y servicios de salud. Los principios de este modelo se condensaron en el informe “Invertir en Salud” del Banco Mundial (1993). Allí, la política de salud propuesta buscaba ubicar a la salud como un bien privado, y solo bajo ciertas condiciones como tarea pública (Laurell, 1994). Aunque el informe del Banco Mundial puso sobre la mesa de discusión la dimensión del financiamiento y de los costos de los sistemas y servicios de salud, dimensión históricamente menospreciada en el subsector público (lo cual generó el malentendido de que la “gratuidad” es equivalente a ningún costo para la sociedad y las finanzas del conjunto de la población), la implementación de estos postulados en el mundo y en particular en América Latina ha mostrado, a treinta años de sus inicios, los problemas tanto éticos como técnicos de considerar a la atención en salud como un bien mercantil.

Las experiencias de hospitales generales en localidades pequeñas evidencian cómo la lógica mercantil resulta particularmente problemática en contextos donde no existe un “mercado de competencia” y donde la única opción de acceso a la salud –entre otros bienes– es el subsector público. Esta situación se observa incluso en localidades de mayor tamaño, donde el hospital público constituye la única alternativa para ciertos servicios y prestaciones, como las internaciones en salud mental. Tal condición de prestador único se advierte, por ejemplo, en los *hospitales de Lamarque, Ayacucho, Puerto San Julián* e incluso en *San Miguel de Tucumán*, capital provincial.

Por otro lado, y aunque Argentina tiene un sistema de gobierno federal, el neoliberalismo de los noventa, al desarmar el Estado central, produjo una autonomía provincial extrema (Caparrós, 2023). Así, se dejó en manos de las provincias, algunas con dificultades severas de financiamiento, el hacerse cargo de servicios esenciales, con la consecuente atomización, fragmentación y descoordinación de problemas de alcance nacional. Pese a las ventajas que puede tener la rectoría provincial, dadas las marcadas diferencias de contextos en el país, la falta de coordinación en políticas de alcance nacional es un problema con severas consecuencias sanitarias. En términos de jerarquía a nivel nacional, el área de Salud Mental pasó de ser una Dirección Nacional a ser una Dirección a secas, durante el primer periodo del menemismo (Chiarveti, 2008).

La descentralización durante este periodo (iniciada ya en etapas anteriores) generó, entre otras cuestiones, el desarrollo de procesos de reforma en salud mental diferentes en las distintas provincias. Aunque esa diferenciación tiene el valor de poner el foco en las particularidades, los recursos y las necesidades de cada contexto, también provocó muchas veces dificultades para aprender de los aciertos y también de los errores de otras jurisdicciones. Ello ha conducido a una gran pérdida de recursos para el país y, en particular, para la salud de las personas. Al final, para las personas que

sufren, no importa si el servicio en el que se atienden es pionero u original en tal o cual cosa. Importa que reciban respuestas acordes a sus necesidades.

Un ejemplo de lo problemático que resultó este proceso de descentralización fue el paso en 1992 de los Hospitales Psiquiátricos Borda y Moyano de Nación a la Ciudad de Buenos Aires “por cuestiones absolutamente ajenas a políticas sanitarias” (Chiarvetti, 2008). Un total de 3.000 camas psiquiátricas pasaron a depender de manera abrupta de la Ciudad de Buenos Aires, lo que impactó en el proceso de reforma y trabajo en red que se estaba intentando desarrollar. Una dificultad adicional para el proceso de reforma de la atención en salud mental en este periodo fue que el intento de cierre de los hospitales psiquiátricos tradicionales, en un contexto de reforma neoliberal del Estado, hizo que se unieran actores impensados en el sostenimiento o la “defensa” de tales hospitales. De modo que el cierre de tales instituciones, por largo tiempo abogado por los reformistas en salud mental, fue significado como “desmantelamiento del Estado”. Otras transformaciones en el sistema de salud mental también quedaron teñidas de dudas vinculadas a la reforma del Estado de corte neoliberal, como, por ejemplo, la inclusión de recursos humanos no convencionales o no profesionales: más que como inclusión de otros saberes, fueron significados como intento de inclusión de mano de obra más barata a los sistemas de atención.

Cabe finalizar señalando que durante los noventa, en términos de salud mental, se contó, como se mencionara previamente, con la promulgación de legislaciones en Santa Fe, Río Negro, Entre Ríos y, un poco más adelante, en el 2000, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En todas estas leyes, se hace mención a la internación por Salud Mental y sus condiciones; en particular, en la Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se hacen varias referencias a la internación en hospitales generales de agudos y pediátricos. También, durante este periodo, se dio inicio al

proceso de reforma en la provincia de San Luis (Pellegrini, 1997; Strasser y Villarreal, 2025).

## **Emergencia sanitaria y poscrisis 2001**

La década del 2000 se inició en Argentina con una profunda crisis social y económica que ha quedado grabada en la población, tanto en sus cuerpos como en sus mentes, si se nos permite el dualismo. También ha dejado sus marcas en las instituciones hospitalarias. Algunos de los efectos de la crisis en los hospitales públicos, relevados a partir de una encuesta por parte de la Organización Panamericana de la Salud (Zeballos, 2003), fueron en ese momento los siguientes:

- Aumento de casos de desnutrición materna y de recién nacidos con bajo peso, y patologías asociadas.
- Aumento de patologías coronarias, hipertensión, diabetes, tuberculosis, infecciones respiratorias y neumo-patías estacionales.
- Incremento de enfermedades asociadas a la pobreza.
- Mayor cantidad de pacientes que acuden a consulta cuando su enfermedad ya se ha tornado crítica.
- Racionamiento de los alimentos ofrecidos a los pacientes internados.
- Incremento de consultas por problemas de salud mental relacionados con situaciones estresantes.
- Suspensión de exámenes diagnósticos por falta de insumos, reactivos y placas radiográficas.
- Crecientes listas de espera para consultas de especialidades y para intervenciones quirúrgicas no urgentes.
- Deterioro de equipamiento e infraestructura física por falta de reparaciones y mantenimiento.
- Deterioro del salario y atraso en el pago de haberes a trabajadores de los servicios.

- Aumento promedio del precio de los medicamentos y material descartable del 290 % y 340 %, respectivamente.
- Prácticas de reutilización de materiales reciclables y prótesis previa esterilización.

En medio de esta profunda crisis, asumió la conducción del Ministerio de Salud de la Nación el médico sanitarista Ginés González García, a quien se describió como un buen piloto de tormentas, y a quien hasta sus detractores le reconocían su capacidad de gestión (Barco, 2007). Los primeros años fueron de emergencia sanitaria, poniéndose en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, priorizando a los grupos más vulnerables. Dentro de los logros de la gestión de González García en dicho periodo, se destacan la política nacional de medicamentos, incluyendo la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el programa Remediar; el plan Nacer, enfocado en mejorar la atención materno-infantil; el Programa de Médicos Comunitarios, que buscaba fortalecer los recursos humanos desde una perspectiva de atención primaria de la salud; y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Barco, 2007; PNUD, 2011). A su vez, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud (COFESA) una estrategia sectorial de mediano y largo plazo, que tuviese en cuenta la rectoría y las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno.

El Ministerio de Salud de la Nación realizó un fuerte trabajo para lograr una mayor rectoría y coordinación federal, y por reposicionar el rol del Estado en materia sanitaria. En el documento de bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, se señalaba que, dado que el sector salud funciona como un mercado imperfecto, la intervención del Estado era necesaria y deseable. Así, se planteaba que, para lograr un sistema de salud equitativo, integrado y con cobertura universal básica, basado en la prevención y la eficiencia, era imprescindible que el Estado asumiera un rol activo y central: como garante del bienestar, rector

y conductor del sistema, y como facilitador intersectorial que articulase acciones en salud, educación, vivienda y servicios esenciales. A su vez, se planteaba que el Estado debía recuperar su capacidad de definir e implementar políticas públicas (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

La situación descrita para el año 2002 en lo que respecta a la salud mental en el Ministerio de Salud de Nación era de tierra arrasada: “No había quedado nada en las estructuras del Ministerio” (Di Nanno, 2008, p. 155). Se inició entonces un trabajo desde la Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación de reconstrucción, en el cual era necesario volver a generar credibilidad y rectoría para un área que, según lo describe quien fuera su coordinador, Antonio Di Nanno, estuvo más de 14 años sin partida presupuestaria.

Este proceso de jerarquización con las provincias requería de su participación y del reconocimiento de los avances que se habían realizado de manera autónoma por parte de algunas de las jurisdicciones en los años previos. Así, se trabajó en un Plan Federal de Salud Mental, el cual se promulgó en el año 2004. Este tuvo entre sus bases el Informe de Salud Mental en el Mundo del año 2001 (OMS, 2001) y sus diez recomendaciones para la acción (Di Nanno, 2008). Dentro de los objetivos del plan, se incluye la adecuación y formulación de normativa en materia de salud mental, señalándose que desde el inicio de dicha gestión se trabajó con las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y Senadores para lograr los cambios normativos necesarios.

En el contexto regional e internacional y en materia de salud mental y derechos humanos, además del Informe Mundial de Salud del año 2001 antes mencionado, es importante destacar de este periodo los Principios de Brasilia del año 2005 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006. Respecto a los Principios de Brasilia, vale señalar que, además de reiterar los compromisos asumidos en la Declaración de Caracas de 1990, plantea una serie de desafíos nuevos a los que deben

dar respuesta los servicios de salud mental. Entre tales desafíos quisiéramos destacar el referido al “aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia”, en cuanto es uno de los ejes problemáticos que se pueden identificar en diferentes trabajos que componen este libro. Cabe señalar que estudios como la Encuesta Mundial de Salud Escolar, realizada por primera vez en el país en el año 2007, indican aumentos entre dicho año y el 2018 en indicadores tales como haber considerado seriamente la posibilidad de suicidarse, haber estado siempre o casi siempre tan preocupados que no pudieron dormir a la noche, o sentirse siempre o casi siempre solos, en estudiantes de entre 13 y 15 años de edad (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Surge en diversos capítulos la cuestión de cómo y dónde atender durante *la internación a los niños, niñas y adolescentes*, y en particular se presentan experiencias de hospitales materno-infantiles, y los retos, allí también, para la inclusión de la salud mental en tales instituciones. Un ejemplo de tales experiencias se incluye en este apartado y corresponde al *Hospital Materno-Infantil de San Salvador de Jujuy*, el cual nos invita a pensar sobre la necesidad de la formación de recursos humanos en salud mental infanto-juvenil, así como en la importancia de contar dentro de los datos sobre sistemas y servicios de salud mental con información específica sobre recursos disponibles para la atención de niños, niñas y adolescentes. Valga señalar que el *Atlas de Salud Mental* de la Organización Mundial de la Salud contempla indicadores específicos para esta población, como por ejemplo número y tasas por cien mil habitantes de psiquiatras de niños y adolescentes, de trabajadores en salud mental en servicios de salud mental para niños y adolescentes, de servicios ambulatorios para niños y adolescentes y servicios de internación para niños y adolescentes. Sobra decir que no contamos con datos oficiales al respecto para Argentina (WHO, 2022).

Por su parte, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, adoptada por Argentina en 2008, trajo, entre muchas otras cuestiones, la inclusión de las propias personas con problemáticas de salud mental en el diseño y monitoreo de políticas públicas en salud mental. También, la mayor presencia de una perspectiva de derechos en los servicios de atención, como se puede leer en muchas de las experiencias presentadas en este libro, en donde el lenguaje de derechos ha pasado a formar parte del lenguaje de los servicios de atención en salud mental.

En este periodo y desde el nivel internacional, se desarrollaron diferentes instrumentos y documentos tendientes a fortalecer la *gestión de los sistemas y servicios de salud mental*. Se destaca el conjunto de guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas entre 2003 y 2007, y el anteriormente mencionado *Atlas de Salud Mental* de la Organización Mundial de la Salud, el cual a la fecha cuenta con siete rondas de relevamiento de datos. En el *Atlas* se recolectan y analizan datos sobre sistemas y servicios de salud mental a nivel global, incluyendo información referida a la atención por salud mental en hospitales generales. A la fecha no se cuenta con datos precisos sobre hospitales generales de Argentina en ninguna de las versiones del *Atlas*, lo cual es en sí mismo un indicador de las dificultades en la integración de los sistemas de información y en la rectoría que ha logrado tener el nivel central en materia de salud mental en los pasados 25 años.

Aun así, es importante destacar que, como señalaba Di Nanno (2008), en este periodo se van creando áreas dedicadas a la salud mental en todas las jurisdicciones. Así, se pasó de tener áreas de gestión en catorce de los gobiernos provinciales a tenerlas en la totalidad de las veinticuatro jurisdicciones del país. La importancia del apoyo desde la gestión provincial al desarrollo y mejoramiento de los

servicios es algo que se puede constatar en varios de los capítulos del libro, y en particular en este apartado en la experiencia del *Hospital de Comodoro Rivadavia* en la provincia de Chubut. Así, se observa que, aunque la internación por Salud Mental en hospitales generales antecede a una política y línea de gestión que tiene como base los principios de la salud mental comunitaria, es con el apuntalamiento y las acciones específicas desde las instancias de gestión con que se pueden facilitar y acompañar los procesos de trabajo de los servicios. Esta experiencia es, a su vez, una invitación a profundizar en el proceso desarrollado en la provincia de Chubut, así como en la región patagónica de la Argentina, considerando sus particularidades geográficas, poblacionales, sociales y productivas (Freytes Frey y Zelaya, 2007).

Invitamos a los lectores a adentrarse en la lectura y reflexión a la que convocan estas once experiencias, y sobre lo que de ellas puede extraerse para los propios contextos.

## Referencias bibliográficas

- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agenda, modelo y algunos resultados de implementación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9), 6-60.
- Ardila, S. (2009). Lo Comunitario y la Transformación de la Atención en Salud Mental en el Contexto de las Reformas Sanitarias Pro-mercado: Estudio de Caso – Bogotá. *Investigaciones en Psicología*, 14(2), 7-23.
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial.
- Barco, G. (2007). “En salud, todo lo que se haga es poco”. Entrevista con el Dr. Ginés González García. *Ahora, la Salud*, octubre de 2007. En <https://www.abcsalud.com.ar/V2/fundacion/revistas/ALS%2021.pdf>.

- Boccanera, M. M., Horenstein, M., Lubbaty, A. M., Ortuzar, I., y Serafín, V. (1996). Historia de la R.I.S.A.M. en Córdoba. ¿En Córdoba la R.I.S.A.M. es Historia? *Clepios*, II, 3, 120-128.
- Caparrós, M. (2023). *El Interior*. Random House.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 2, 173-182.
- Di Nanno, A. E. (2008). Hacia la construcción de una Política en Salud Mental. Rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 2, 155-166.
- Freytes Frey, M., y Zelaya, S. (2007). Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut. Topia. En <https://www.topia.com.ar/articulos/experiencia-de-transformaci%C3%B3n-institucional-en-la-red-de-salud-mental-de-la-provincia-del->
- González, R. y Levav, I. (2007). Las raíces de la Declaración de Caracas. (pp. 44-49). En Rodríguez, J. (Ed.). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. OPS, Washington D. C.
- Laurell, A. C. (1994). La salud. De derecho social a mercancía. En *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2018. En <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/informe-final-emse.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo, 2001*. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Adoptada en la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.
- Pellegrini, J. L. (1997). Reinserción social de pacientes de larga estadía: la experiencia de San Luis desde 1993 a 1997. *Revista del Hospital Psiquiátrico de San Luis*, (2), 1-5.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires.
- Rodríguez Costa, L. (2013). Breve historia de la RiSaM en el plano nacional y provincial. Disponible en <https://risam-heep.com.ar/la-residencia/historia>.
- Stolkiner, A. (2009). El sector salud en la Argentina: ¿Qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? Trabajo presentado en XV Conferencia de la International Association of Health Policies (IAHP), Toledo, España.
- Strasser, G. y Villarreal, L. (2025). *De manicomio a Hospital Escuela de Salud Mental*. Buenos Aires.
- Vainer, A. (1999). El cuento de la buena interdisciplina. *Clepios*, 15. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/el-cuento-de-la-buena-interdisciplina>.
- World Health Organization (2022). *Mental Health Atlas 2020*. Member State Profile. Argentina. En <https://tinyurl.com/266ej5mt>.
- Zeballos, J. L. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud. En <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6247/2003-ARG-efectos-sociosanitarios-crisis.pdf?sequence=4>

# El chalet de salud mental

*Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria,  
provincia de Santa Fe*

MARIÁNGELES PARODI, ANA VICTORIA QUINTERO, MARÍA CECILIA BADANO, VERÓNICA IMHOFF, PATRICIA SAGANÍAS, NICOLÁS WALTER BONANTINI, ALEJANDRO FABIÁN DANIELE, MARLEN INÉS COTLIER, CARLOS LÓPEZ BARRAZA, MARCELO BENJAMÍN MARTÍNEZ, MARIANO ANDRÉS MAÑAS, ADRIÁN ARRIGHI, MÓNICA CARRANZA, FABIANA IMOLA, CRISTINA ZATTARA Y MARTÍN RENÉ CHASSET

## Introducción

El Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria desarrolla internaciones en salud mental de forma continua desde los años noventa, incluso antes de la sanción de los marcos legales vigentes, tanto provinciales (Ley 10.772/91) como nacionales (Ley 26.657/2010). Sus inicios estuvieron vinculados a la implementación de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM), impulsadas por el Dr. Mauricio Goldenberg, que inauguraron una nueva forma de concebir la asistencia y la formación en el área (Vainer, 2019).

En este texto proponemos un recorrido por los procesos históricos que muestran la tensión entre lo instituido e instituyente en el abordaje de la salud mental en el hospital, junto a la presentación de un caso que refleja el trabajo actual del servicio y los desafíos que plantea la atención de la subjetividad en un hospital general.

## El hospital

A continuación, presentamos una historización del hospital desde su fundación en los años cuarenta hasta la actualidad, entendiendo a la institución no como algo natural, sino como una construcción cultural e histórica atravesada por relaciones de poder.

El Hospital Escuela Eva Perón (HEEP) es un hospital público general de alta complejidad, dependiente del Ministerio de Salud de Santa Fe. Ubicado en el norte del Gran Rosario, funciona como referencia para nueve centros de salud del Área Programática I del Nudo Rosario y atiende tanto a la población del cordón industrial sobre la ruta provincial n.º 11, como a isleños de la zona.

Como hospital de tercer nivel, concentra especialidades no disponibles en otros efectores y atiende principalmente a adultos sin otra cobertura que la pública. La atención pediátrica se limita a guardia e internación de 0 a 14 años, sin cuidados intensivos. En contraste, el servicio de Neonatología, el más complejo del sur provincial, recibe recién nacidos desde la semana veinticuatro y quinientos gramos de peso. Para las madres de estos bebés, ofrece una residencia de alojamiento durante los primeros tres meses de vida si no residen en Baigorria o alrededores.

El hospital cuenta con 119 camas de internación: 20 en Gineco-Obstetricia, 16 en Neonatología, 16 en Terapia Intensiva, 46 en sala general de adultos (clínica médica, traumatología, cirugía y salud mental), 14 en Pediatría y 7 en guardia externa. Estas se distribuyen en salas según especialidad, la mayoría con residencias en formación. Aunque existe un servicio de Cuidados Progresivos orientado a organizar la atención según la complejidad, persiste la lógica tradicional de internación por servicios.

El HEEP se construyó entre 1948 y 1955, con proyecto de Ramón Carrillo, y se inauguró en 1954. Tras el golpe de Aramburu, permaneció cerrado hasta 1961 (Martin &

Marchetti, 2025). Primero dependió de la Fundación Eva Perón, luego de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y, en 1981, pasó a la órbita provincial, donde se crearon cargos para su personal. El edificio mantiene la distribución original de los años cuarenta.

El predio cuenta con un edificio principal de dos plantas y construcciones menores estilo *chalet*. En la planta baja, se ubican atención ambulatoria, guardia, hospital de día, diagnóstico por imágenes, farmacia, laboratorio, oficinas, registro civil y el área docente de la UNR. La planta alta concentra internación, residencia de madres, quirófanos, sala de simulación y dependencias administrativas. El hospital brinda múltiples especialidades acorde a su complejidad.

En los *chalets* que rodean el edificio principal, funcionan servicios –generalmente sin internación, excepto salud mental– como Rehabilitación, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Odontología, Salud Mental, Anatomía Patológica, la morgue, mantenimiento y el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES). Contiguo al cuerpo principal, en 2020 se construyó un Hospital Modular como efector COVID-19, inaugurando camas y recursos en tiempo récord; actualmente alberga a la Unidad de Cuidados Intensivos.

## La salud mental en el hospital

La atención en salud mental se inició en los sesenta por demanda de la población de Baigorria, primero con el psiquiatra Dr. Asís (Martin, 2025). Luego se sumó una psicóloga en Reumatología y, tras reorganizaciones administrativas, se establecieron un referente de psiquiatría y dos de psicología.

Los psicólogos se incorporaron a pedido de Pediatría para atender casos de asma severo y alergias infantiles. Antes de la Ley Provincial de Ejercicio Profesional (1984),

su práctica se limitaba a test psicodiagnósticos, consultas y ocasionalmente psicoterapia.

En 1973 se creó el servicio de Psicología, que coordinaba con la guardia en internaciones por crisis o violencia (Martin, T. y Marchetti, 2025). Desde el inicio tuvo más profesionales que el de Psiquiatría y mantuvo jefatura propia para no depender de un referente médico (Martin, 2025).

Hasta los noventa, las internaciones en salud mental se realizaban en hospitales monovalentes de Rosario y Oliveros. Antes de la llegada de la RISaM al hospital (1991), solo se atendían casos con complicaciones orgánicas. Con la residencia se incorporaron internaciones específicas, pese a resistencias al nuevo paradigma. La Ley Provincial n.º 10.772/91, en consonancia con la Declaración de Caracas (OPS, 1990), dispuso que se realicen en hospitales generales como parte de la salud integral.

La Ley Nacional de Salud Mental (2010) legitimó una práctica que el hospital sostenía desde hacía casi 20 años. La incorporación de la RISaM impulsó el paradigma interdisciplinario y la integración del padecimiento psíquico en la salud general. Desde 1992 se pasó de guardias médicas de veinticuatro horas a un dispositivo de atención en crisis, con intervenciones más complejas centradas en la subjetividad (Rodríguez Costa, 2013).

En 2016 se creó el servicio de Salud Mental con jefatura y coordinación interdisciplinaria, desarrollando dispositivos grupales, mayor trabajo intrahospitalario y articulación con la RISaM. Hoy cuenta con quince integrantes de distintas disciplinas y diecisiete residentes (psicología, medicina, trabajo social y enfermería), acompañados por un jefe de residentes psiquiatra y un instructor psicólogo. El servicio brinda apoyo interdisciplinario activo a los residentes. La reconfiguración del servicio de Salud Mental estableció equipos interdisciplinarios de psicólogos y psiquiatras con referencias fijas para interconsultas en salas generales, con el objetivo de armar un trabajo más afianzado a largo plazo. Los residentes de primer año acompañan esta estrategia

clínico-institucional. Esto facilita su integración al hospital y acompaña sus primeros pasos clínicos.

El servicio de Salud Mental funciona en el *chalet* de Salud Mental, con consultorios, sala de personal, sala de espera, biblioteca y dos baños. En 2022, por problemas edilicios en el *chalet*, la RISaM se trasladó al ala docente, lo cual facilitó su integración al hospital.

Actualmente, se mantienen dispositivos sin carga horaria fija. El de Admisión en Consultorio Externo, primera entrevista a cargo de un profesional y un residente de primer año, dirigida a la población local, que luego es derivada a otros profesionales en el efector o a su lugar de referencia. La guardia funciona todos los días de 8 a 20 horas con equipos interdisciplinarios de la RISaM y tutoría del servicio; de 20 a 8 horas, los médicos de la guardia externa atienden las crisis y, de ser necesario, convocan al Dispositivo Soporte de Salud Mental (dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia y de la Municipalidad de Rosario), que trabaja en hospitales generales de la ciudad de Rosario, o al equipo del hospital al día siguiente.

El dispositivo de interconsulta vincula otros servicios del hospital mediante equipos interdisciplinarios con referencias fijas en cada sala. En consultorio externo se brinda atención ambulatoria, seguimiento de casos y derivación a equipos territoriales. La mayoría de los usuarios recibe pensiones por discapacidad y presenta alta vulnerabilidad psicosocial. Excepcionalmente, se atiende población infantil.

Los dispositivos sustitutivos son espacios grupales que reemplazan lógicas manicomiales, promoviendo inclusión social, laboral y comunitaria (Faraone & Valero, 2013). Funcionan talleres de radio, arte, lectura, escucha colectiva y caminatas saludables, coordinados por profesionales y con participación de la RISaM. Resulta clave la incorporación al servicio de una tallerista del ámbito de las artes visuales, siendo quien sostiene semanalmente el espacio de arte, orientado a la producción subjetiva de usuarios/as.

Se realizan actividades interinstitucionales e intersectoriales, incluyendo comités, coordinación de espacios grupales y articulación con otros servicios. También se llevan a cabo pases conjuntos, reuniones y ateneos, además de formación académico-profesional en la RISaM, supervisión de prácticas y estrategias interdisciplinarias con psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y emergentología.

Finalmente, el dispositivo clínico-jurídico integra al abogado para casos judicializados o de posible judicialización, trabajando desde una perspectiva de derechos y de clínica ampliada. Participa en entrevistas con usuarios y sus familias, así como en reuniones de equipo.

Solo la RISaM tiene cargos de 44 horas semanales con dedicación exclusiva; el resto del personal trabaja de manera parcial y combina docencia y asistencia. El trabajo exige compromiso ético con la salud pública, orientado por el principio de hospitalidad, entendido como relación que evita violencia y exclusión y busca comunidad y solidaridad (Derrida & Dufourmantelle, 2000).

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Las internaciones en salud mental tienen más de 30 años de historia y una larga trayectoria de institucionalización y legitimidad. El proceso ha sido no lineal, con avances y retrocesos, implicando trabajo cotidiano con distintos servicios del hospital. La práctica requiere consensos caso por caso, aunque algunos criterios ya están establecidos.

A lo largo de la historia, la salud mental ha ganado otro lugar estructural y simbólico. Desde 2017, el hospital cuenta con un área dedicada para internaciones en salud mental: una cama en la guardia externa y dos en Ortopedia y Traumatología (OyT).

Los ingresos se realizan por guardia externa, derivaciones de centros de salud, sistema de emergencias o por

órdenes judiciales. Si se indica internación, el área de cuidados progresivos gestiona camas, ingresos, egresos y traslados. Ante la falta de disponibilidad en la planta alta, el paciente se aloja en la guardia externa o en la sala de internación transitoria.

Una vez asignada la cama, la internación se realiza en la planta alta, compartiendo salas con Clínica Médica y OyT, con una habitación de dos camas dedicada a Salud Mental. Dado que la demanda supera las camas disponibles, se utilizan plazas de otras salas, hasta un máximo de diez, integrando Salud Mental al hospital general pese a las resistencias que a veces se suscitan de parte de los otros servicios.

Con el establecimiento de áreas dedicadas, se empezó a participar activamente en los pases matutinos de la guardia externa, con lo que se mejoró la articulación entre servicios y la atención a usuarios con problemáticas subjetivas, así como la detección de situaciones previamente no abordadas por salud mental.

Durante las internaciones, concebidas como intensificación de cuidados en salud mental, el equipo interdisciplinario trabaja con entrevistas, lazos sociales e institucionales, referencias y participación en talleres grupales, evaluando estrategias clínicas y psicofarmacológicas. Esta tarea se encuentra principalmente a cargo de la residencia con supervisión cotidiana del servicio. Las internaciones permiten abordar la salud integral y consultas de otros servicios, reflejando la idea de Stolkiner (2005) de que el éxito de la salud mental sería su incorporación a prácticas integrales de salud.

Al definirse la internación, se asigna al paciente un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, trabajador social, enfermero) que diseña la estrategia clínico-terapéutica y realiza entrevistas diarias. Los usuarios pueden recibir visitas, hacer llamados y recorrer espacios como el patio de las magnolias o el *chalet* de Salud Mental para entrevistas y talleres. El acompañamiento permanente solo es obligatorio en menores de edad.

Desde el ingreso se planifica el alta, trabajando apoyos para la vida en comunidad: acompañamiento terapéutico, talleres, dispositivos sustitutivos, educación o articulación con instituciones del territorio. Cuando no es posible regresar al lugar previo, se crean nuevos circuitos con apoyo interinstitucional, intersectorial e interministerial, con el equipo interdisciplinario como referencia longitudinal del usuario.

En los últimos años, se implementaron permisos terapéuticos previos al alta, lo que crea una transición entre hospital y territorio y permite evaluar la estrategia clínica junto a centros de salud, familia y usuario. Además, se asesora a los usuarios en acceso a derechos, como documentación, pensiones, CUD, subsidios y cobertura de salud.

El dispositivo de acompañamiento terapéutico hospitalario, creado en 2022 con cinco integrantes, recorre las salas de internación, ofreciendo atención individualizada según lineamientos clínicos. Su trabajo se centra en lazos, actividades lúdicas y recreativas, sosteniendo las internaciones y aportando información clínica sobre la subjetividad de los pacientes.

Desde 2018 se realiza un análisis anual interno de las urgencias en salud mental, útil para identificar motivos de consulta, abordajes iniciales y perfil demográfico, y para planificar políticas públicas. En 2024 se atendieron 697 casos (+17 % respecto al periodo anterior), con predominio de demanda espontánea (43 %), personas de 15-29 años (44 %) y varones (53 %).

La internación voluntaria es la más frecuente (42 %), seguida de seguimiento ambulatorio y derivaciones; las involuntarias representan el 8 %. El equipo de salud mental evalúa estas situaciones, informando al juzgado y al Órgano de Revisión, con apoyo de un abogado especializado para articular con defensorías y tribunales. A su vez, el tiempo promedio de internación fue de 4,8 días (el rango fue de 1 día a 39 días). Las estadías prolongadas son poco frecuentes.

La demanda por consumos problemáticos ha crecido y es hoy el principal motivo de consulta, seguido por las crisis de angustia/ansiedad y los intentos de suicidio.

El trabajo con la salud mental en infancias resulta estratégico, pero se ve limitado por la falta de infraestructura, de dispositivos adecuados y de políticas públicas, lo cual dificulta internaciones, tratamientos y articulación intersectorial para garantizar derechos.

### **La interdisciplina en acción para el abordaje de crisis subjetivas**

Micaela fue asistida por primera vez en nuestro hospital en 2023, derivada de un efector de segundo nivel que no podía sostener su internación por su complejidad. Consultó por ideación autolítica sostenida y cortes en antebrazos y cuello, cursando un embarazo de 20 semanas. Presentaba consumo crónico de cocaína y marihuana, y antecedentes de cuatro hijos dados en adopción tras intervenciones de la Dirección Provincial de Niñez.

Micaela ha vivido situaciones recurrentes de vulneración de derechos y carece de referentes afectivos estables. No ha podido sostener lazos transferenciales con profesionales ni instituciones, por lo que sus procesos de atención fueron erráticos, limitándose a los momentos en que acudía a los servicios. Ha estado internada en distintas instituciones ante crisis subjetivas, entendidas como desestabilizaciones de la estructura psíquica que requieren abordaje interdisciplinario para su contención.

Su historia infanto-juvenil estuvo marcada por abandonos, primero de sus padres y luego de una vecina que asumía un rol maternal. Creció mayormente en soledad, y logró cierta referencia estable con el Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte (CTSM) y hospitales durante situaciones de crisis.

En enero de 2024, Micaela ingresó al HEEP tras una ingesta masiva de cocaína, cursando intoxicación aguda y ya en el tercer trimestre de embarazo. Al día siguiente presentó excitación psicomotriz, ideación delirante persecutoria, ideas suicidas (arrojarse desde la ventana), auto y heteroagresividad hacia el personal y conductas de riesgo hacia el embarazo. Expresó no querer tener más a su hijo en su vientre, introduciendo sus manos en la vagina en un intento de expulsar al bebé.

Durante la madrugada se activó un “llamado excepcional” a Salud Mental, dado que el equipo soporte tardaría una o dos horas. Se intervino con enfermería de refuerzo para la sujeción mecánica de Micaela, considerada necesaria ante la crisis y el riesgo extremo. Posteriormente, se indicó medicación psicofarmacológica para sedación y cese de la ideación delirante. Se convocó a una referente afectiva nombrada por Micaela, quien solo pudo permanecer brevemente, con una relación frágil en los últimos tiempos por conflictos ligados al consumo.

Los profesionales de Tocoginecología consideraron esta situación como la más difícil en la que intervinieron, lo que permitió fortalecer el trabajo interdisciplinario y reconocer la creciente complejidad de la demanda en salud mental. Tras la crisis se otorgó el alta, retomando un plan psicofarmacológico y redefiniendo su participación en los espacios terapéuticos, con acompañamiento del equipo del CTSM para contener la errancia subjetiva.

Semanas después de la crisis, se realizaron reuniones con los equipos intervinientes, Dirección de Niñez y Neonatología, donde estaba internada su hija prematura nacida por cesárea, sin complicaciones. Micaela expresó su deseo de materner, trabajado durante casi dos meses por un equipo interdisciplinario. Su presencia en Neonatología fue inicialmente sostenida, pero luego se volvió esporádica. Se le ofreció la residencia para madres de recién nacidos, donde permaneció brevemente, acorde a su modo de circular por las instituciones.

Finalmente, ante sus dificultades para maternar y con su consentimiento, se acordó que la vecina/referente afectiva asumiera el cuidado de su hija. Se realizó una salpingectomía poscesárea como medida de anticoncepción y protección de su salud. Micaela continúa su atención en el territorio garantizada a través del CTSM, y en situaciones de crisis se activa un equipo interdisciplinario en el hospital para su intervención en urgencias e internaciones.

Las dificultades no eran solo subjetivas de Micaela, sino también institucionales: alojar a alguien en crisis, embarazada, en una sala donde habitualmente no se realizan internaciones por salud mental y con ideas preconcebidas sobre la maternidad. Su embarazo dificultaba que pudiera posicionarse como madre, dadas sus experiencias previas de abandono y desalojos subjetivos. La intervención buscó ofrecer un escenario distinto al “destino” repetitivo, acompañándola en su transcurrir y brindándole espacios que la sostuvieran. La apuesta del trabajo interdisciplinario fue intentar que esta crisis dejara marcas diferentes, donde el sufrimiento psíquico se mostrara encarnado en la repetición.

Las estrategias de salud deben implementarse de manera interdisciplinaria, integrando diversos actores y saberes según la definición del problema (Stolkiner, 2005). Abordar estas problemáticas desde la complejidad requiere cuidados intersectoriales que trascienden los muros del hospital. Las intervenciones clínicas se diseñaron con “otros”, considerando la singularidad y palabra de la paciente, sus referentes afectivos, sus circuitos territoriales y los efectores con los que mantenía vínculos transferenciales.

Una apuesta central fue el diálogo entre los distintos actores e instituciones por las que transitaba Micaela. Aunque su errancia era la variable más estable, cada institución mantenía su propia perspectiva sobre su maternaje: posible para algunos, insostenible para otros. Su alojamiento subjetivo conectaba los abordajes del primer nivel, CTSM, equipo RISaM, médicos de Tocoginecología, jefatura de Salud Mental, Trabajo Social de Neonatología y la Dirección Provincial de Niñez y Familia. Así,

Micaela convocaba a múltiples actores que no solo atendían su acontecer psíquico y trayectoria vital, sino que también pensaban las prácticas instituidas y estrategias frente a una historia marcada por el riesgo de vivir.

En este caso, la internación buscó resguardar a Micaela y a su hija, especialmente tras un momento crítico donde el abordaje verbal era casi imposible. Se concibió como una pausa para instalar cuidados, generar nuevos lazos transferenciales, crear una escena diferente e inscribir otra historia.

Durante su internación, Micaela enfrentó diversas reacciones institucionales, desde la recepción de su palabra hasta el rechazo. Articular con múltiples equipos en situaciones tan complejas desafía la eficacia de las intervenciones, pero refleja la apuesta por una interdisciplina en constante reformulación. La internación se pensó como un tiempo breve, articulado con estrategias posteriores en otros espacios (instituciones, familia, trabajo), funcionando como envoltura para contener su existencia crítica y permitirle otros movimientos.

## Cierre

El avance de la salud mental en el hospital general refleja la construcción de prácticas acompañadas por políticas públicas que incorporan el padecimiento psíquico en la salud general. Este proceso se apoyó en la participación y discusión de trabajadores de salud mental de distintos sectores e instituciones, que sentaron las bases del marco jurídico-normativo.

La calidad de atención aún está lejos de ser adecuada según las demandas poblacionales y las normativas nacionales, provinciales e internacionales que reconocen la salud mental como derecho humano. Entre los obstáculos identificados, se incluyen los siguientes: escasez de recursos humanos y terapéuticos; limitaciones estructurales y económicas (más camas,

espacios adecuados para entrevistas, condiciones de alojamiento y materiales); dificultades en la comunicación interservicios e intersectorial; ausencia de un programa de capacitación continua; y falta de datos estadísticos y epidemiológicos para una planificación estratégica en salud mental.

A nivel institucional, el hospital brinda atención de calidad orientada a las crisis subjetivas, enfrentando la creciente demanda y complejidad gracias a un abordaje interdisciplinario, crítico y reflexivo, que contempla la singularidad de cada caso desde la perspectiva de derechos. Es necesario avanzar en políticas que adecuen los hospitales generales para potenciar el acceso y sostenimiento de internaciones, así como contar con dispositivos intermedios que aseguren cuidados intensivos en la comunidad.

Como equipo de salud mental, sostenemos el rol activo de los trabajadores en la construcción de políticas públicas desde lo micropolítico, reconociendo las dificultades de esta tarea cotidiana. Nuestro trabajo implica recuperar la historia situada que nos precede, identificándonos como protagonistas de prácticas y saberes que generan intervenciones instituyentes y subjetivantes en nuestro campo.

## Referencias bibliográficas

- Faraone, S. y Valero, A. (2013). *Dilemas en salud mental: sustitución de las lógicas manicomiales: resultados de una investigación en torno a instituciones totales*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley n.º 26.657 en Boletín Oficial de la República Argentina, 3/12/2010. República Argentina.
- Ley Provincial del Ejercicio Profesional del Psicólogo de Santa Fe (1984). Ley n.º 9538 en Boletín Oficial 14/12/1984. Provincia de Santa Fe, Argentina.

- Ley Provincial de Salud Mental n.º 10.772 de Santa Fe (1991). Ley n.º 10.772 en Boletín Provincial del 11/02/1992. Provincia de Santa Fe, Argentina.
- Martin, T. y Marchetti, J. (2025). Entrevista realizada en el marco de la elaboración del presente capítulo al jefe de servicio de Psicología (1979-2016) y Psicóloga del servicio de Psicología (1981-2015) respectivamente. Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de <https://risamheep.com.ar/biblioteca/protocolos-y-guias/item/9-lineamientos-para-la-atencion-de-la-urgencia-en-salud-mental-msal>.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Adoptada en la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
- Pankow, G. (1974). *El hombre y su psicosis*. Amorrortu Editores. Primera edición. Bs. As. Argentina.
- Rodríguez Costa, L. (2013). *Los fundamentos y extravíos en la historia de la RISaM en el espejo de los fundamentos y extravíos de las políticas en Salud Mental*. Recuperado de <https://risamheep.com.ar/la-residencia/historia>.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina. Recuperado de <https://tinyurl.com/37xuf6vm>.
- Vainer, A. (2019). La Salud Mental en la Argentina: memorias y luchas. En Trímboli, A. (Ed). *El Fin del Manicomio- Construcción Colectiva de políticas y experiencias en salud mental y derechos* (pp. 33-42). Buenos Aires. Ed Noveduc.

# **Especificidad del abordaje de presentaciones agudas en una sala de internación de salud mental**

*Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San  
Martín, La Plata, provincia de Buenos Aires*

MERCEDES KOPELOVICH, JOAQUÍN DE ALBA Y MIRIAM GLAZ

## **Introducción**

El presente capítulo tiene como objetivo transmitir la especificidad del abordaje de situaciones agudas en la sala de internación de salud mental en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Gral. San Martín, de la ciudad de La Plata. A partir de la historización y descripción del trabajo en el servicio de Salud Mental en el hospital, y en particular de la sala de internación, se propone la discusión sobre las particularidades y posibilidades de atención desde una sala específica de salud mental en un hospital general.

## **El hospital**

El HIGA Gral. San Martín tiene su origen en la Casa de la Sanidad, creada en el año 1884. Es en 1910 cuando se estableció la resolución para la creación del Policlínico, que se inauguró finalmente en 1922. El Hospital está ubicado en la ciudad de La Plata y es de dependencia provincial. Forma parte de la Región Sanitaria XI, y su área programática abarca una parte considerable de la ciudad de La Plata,

pero, en cuanto al área de influencia, se reciben situaciones de toda la provincia de Buenos Aires, dado que se cuenta con atención ambulatoria, guardias de veinticuatro horas, internaciones y prácticas de alta complejidad. Por ello es clasificado como tercer nivel de complejidad. Respecto a la población atendida, se atiende a personas desde los 15 años, con situaciones agudas y complejas de alto riesgo; con la particularidad de atender también a población de bebés y niños por contar con servicio de Neonatología con internación y consultorio de seguimiento de prematuros.

El hospital se especializa así en el abordaje de situaciones agudas y complejas y recibe derivaciones de distintas zonas, el 95 % de estas provenientes de la provincia de Buenos Aires. Al tratarse de un hospital general, cuenta con diferentes servicios y especialidades; actualmente 64 servicios lo componen. Adicionalmente, el hospital cuenta con un pabellón universitario, dormicentro y jardín maternal.

El estado de la infraestructura del hospital varía de manera significativa entre los diferentes pabellones e incluso dentro de ellos. Algunos han sido remodelados o ampliados en los últimos años, y otros se encuentran en proceso de mejoramiento o a la espera de concretar los proyectos de obras edilicias.

El número de camas con las que cuenta el hospital entre todas las especialidades que tienen internación es de 350. La modalidad de asignación de turnos y derivaciones es híbrida. En su mayoría, están sectorizados por los servicios, pero el hospital se encuentra en proceso de centralización en el marco del modelo de Cuidados Progresivos impulsado desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los Cuidados Progresivos se refieren a un modelo de atención sanitaria que organiza los servicios de salud de acuerdo con las necesidades cambiantes del paciente a lo largo de su estancia en un establecimiento. Este enfoque busca asegurar que cada paciente reciba el nivel de cuidado adecuado en el momento oportuno, organizando los servicios por nivel de cuidado, optimizando recursos y mejorando la calidad de la

atención. De esta manera, se apunta a garantizar una continuidad de cuidados entre los diferentes niveles de atención y entre el hospital y la atención ambulatoria, para asegurar que el paciente reciba la atención necesaria en cada etapa.

El Programa de Continuidad de Cuidados, también conocido como Cuidados Progresivos, del Ministerio de Salud de la Nación Argentina se implementó en el año 2023 (Ministerio de Salud de la Nación, 2023), y en la provincia de Buenos Aires forma parte del Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023-2027). La inclusión de la atención en salud mental dentro de los cuidados progresivos es un campo actualmente en discusión.

## La salud mental en el hospital

En el marco de las características mencionadas del HIGA Gral. San Martín, el servicio de Salud Mental se orienta a constituirse como un servicio de Alta Complejidad especializado en la atención de las urgencias. Este servicio brinda asistencia psiquiátrica y psicológica a la comunidad desde 1966. Algunos momentos claves en su evolución fueron el inicio de la residencia de Psicología en el año 1986, el ingreso de médicos psiquiatras al servicio de Emergencias, junto con la inauguración de nuestra sala de internación en 1988.

Desde sus inicios, se ha promovido el abordaje interdisciplinario del padecimiento mental y la implementación de estrategias ambulatorias en dispositivos alternativos a la internación, utilizada esta última como recurso terapéutico excepcional. Es decir, desde sus orígenes se trabaja con una perspectiva acorde a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), cuya sanción brindó el marco legal necesario para respaldar, optimizar y potenciar el trabajo que se venía realizando.

El servicio brinda asistencia a personas mayores de 15 años. Físicamente, tiene como sede principal el subsuelo del

pabellón Rossi, ubicado en las calles 1 y 69 de La Plata, siendo uno de los pabellones más antiguos del hospital. Asimismo, sus trabajadores desempeñan tareas en diversos sectores del nosocomio: en la guardia de admisión, en el pabellón de Maternidad y en el dormicentro (donde funciona el hospital de día de Salud Mental), así como en salas de internación de distintas especialidades (en el marco de la guardia o la interconsulta). De este modo, los trabajadores del servicio recorren el hospital cotidianamente, articulando su tarea con la de trabajadores de otros servicios, lo que posibilita que la salud mental se considere cada vez más como parte de la atención integral de la salud. En el último tiempo, se han fortalecido, además, estrategias de intervención por fuera del ámbito hospitalario. Constituyen ejemplos de esto la realización de visitas domiciliarias, los emprendimientos laborales extramuros y la permanente articulación con otras instituciones y organizaciones comunitarias.

Actualmente, el servicio cuenta con 59 trabajadores activos: trece psiquiatras de planta, de los cuales dos desempeñan funciones de jefatura (sala y consultorios externos), trece tienen cargo de guardia, y uno tiene cargo de asistencia diaria; 20 psicólogos de planta, de los cuales tres desempeñan funciones de jefatura (servicio, Unidad de Interconsulta y de Psicología), diez tienen cargo de guardia y siete tienen cargo de asistencia diaria. Adicionalmente, y como parte fundamental para el abordaje integral, se cuenta con tres musicoterapeutas, una profesora de Artes Plásticas y tres acompañantes terapéuticos. Asimismo, aunque no dependen formalmente del servicio de Salud Mental, participan de los equipos dos trabajadoras sociales de planta, dos terapeutas ocupacionales, enfermeros y administrativos. A su vez, se cuenta con el trabajo de los residentes: diez de psiquiatría, doce de psicología y una de trabajo social.

Cada trabajador se desempeña en dos áreas del servicio, contemplando sus intereses en articulación con las necesidades del servicio y de la población asistida. Estas áreas de trabajo son sala, guardia, hospital de día, consultorios

externos, maternidad, interconsulta y la asesoría sexual integral. A excepción de la guardia, cada área tiene una función de coordinación o jefatura. Respecto a la distribución y organización de los trabajadores en los distintos dispositivos, quienes tienen cargo de guardia se desempeñan allí veinticuatro horas, y trabajan una mañana en otra área. Quienes tienen cargo de asistencia diaria dividen las mañanas en dos áreas, por ejemplo: tres mañanas en la sala de internación y dos en consultorios externos.

Como puede evidenciarse, la cantidad de personas que conforman el servicio y las tareas que realizan requieren de una organización con muchas aristas a considerar. Tal organización no puede prescindir de la articulación permanente entre la jefatura de servicio y las jefaturas de las demás áreas.

Junto a consultorios externos, la guardia constituye el área más crítica del servicio en cuanto a la cantidad y complejidad de las situaciones recibidas. La guardia de Salud Mental está constituida por un equipo interdisciplinario conformado al menos por un psiquiatra y un psicólogo, y funciona las veinticuatro horas los 365 días del año. Junto a la guardia del Hospital A. Korn, son las únicas con estas características en la zona que abarca La Plata, Berisso y Ensenada. Se brinda asistencia a la demanda externa (espontánea, por derivación o por oficio judicial) y por la tarde también a las personas internadas en Salud Mental y en otras salas del hospital. Esto supone brindar atención a una gran cantidad de casos, de variada complejidad.

Si bien es un dispositivo pensado para atención de las urgencias, la escasez de disponibilidad de turnos en Salud Mental, principalmente para psiquiatría en efectores de salud de menor complejidad, genera que un número significativo de consultas –la mitad, según un trabajo de investigación inédito realizado por profesionales del servicio en el año 2019– no presenten las características de una situación aguda. Asimismo, parte de las evaluaciones realizadas por la guardia son indicadas por oficios judiciales. Se

viene trabajando en la organización de tales evaluaciones para que respondan a los criterios de atención por guardia (requerir una atención urgente) y no ocasionen el desborde del dispositivo dado el tiempo que demanda este tipo de atención (evaluación y confección de informe al juzgado interviniente).

Actualmente, la guardia constituye entonces un dispositivo de atención ambulatoria de urgencias y de situaciones no urgentes, que absorbe gran parte de la atención ambulatoria que al momento no puede ser abordada por otros efectores de la red de atención. El promedio de prestaciones diarias en la guardia es actualmente de treinta (año 2025). Las problemáticas mencionadas se abordan desde la jefatura de servicio en articulación con la Red de Salud Mental de Región XI, y desde la transformación del área de consultorios externos.

Más allá de tales situaciones, gran parte del trabajo en la guardia tiene por objetivo establecer la presencia o no de situación de riesgo cierto e inminente, y la indicación de internación correspondiente. Para esto, no solo se tienen en cuenta las características intrínsecas a la presentación, sino también la red con la que cuenta la persona en cuestión y las estrategias ambulatorias ensayadas. En los casos en que se evalúa criterio de internación, que tiene la complejidad acorde a este servicio y se cuenta con disponibilidad en él, la internación se efectiviza en la Sala VII. De no contar con disponibilidad, se realiza la derivación a otro efector de salud público. Las personas usuarias con obra social, siempre que resulte posible, son derivadas a la clínica privada correspondiente.

En todos los casos, desde la guardia se confecciona un informe de ingreso, además del informe enviado al Juzgado de Familia interviniente en las internaciones involuntarias. Este incluye datos filiatorios, antecedentes en salud mental, red de personas referentes con las que se cuenta, y se desarrolla lo evaluado explicitando las situaciones de riesgo, además de la estrategia terapéutica sugerida en cada caso,

para que pueda retomarse por el equipo de internación correspondiente.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Tal como se mencionó, la Sala VII fue creada en 1988 y se encuentra en el subsuelo del Pabellón Rossi. Se accede a ella por los pasillos subterráneos que conectan los pabellones del hospital, y la sala tiene acceso propio por una escalera que da al patio del hospital. Se trata de un “entrepiso bajo”, es decir, se descienden cinco escalones y tanto las habitaciones como salas de estar de los profesionales y consultorios tienen pequeñas ventanas altas.

Se trata de una sala mixta, con diez camas, dispuestas en cinco habitaciones dobles con baño privado. Estas habitaciones se comunican con el *office* de enfermería y el SUM a través de un pasillo central. En el SUM los pacientes realizan todas las actividades durante la internación: se sirven las comidas, reciben las visitas y realizan las actividades terapéuticas. Dicho SUM cuenta con un televisor, una radio y una biblioteca con libros, películas y juegos de mesa. Desde el comedor se accede por una escalera al patio de la sala, separado del patio general del hospital por una reja y una puerta de chapa. Este patio corresponde al pulmón del edificio del pabellón, lindante con la capilla del hospital. El sector de enfermería, a su vez, cuenta con un *office* y un sector de seguridad para depósito de fármacos y ropería, además de un baño para uso del personal. En la sala también hay un consultorio, lugar donde se llevan a cabo las entrevistas con los pacientes que se encuentran internados y con sus familias.

Desde el ingreso del paciente, un equipo interdisciplinario trabaja para su pronta externación, siendo los objetivos la mejoría clínica y la modificación de los factores que contribuyeron a su ingreso. Prevenir reinternaciones es una

tarea no solo del tratamiento ambulatorio, sino una parte fundamental del trabajo en sala, aprovechando la oportunidad de un trabajo intensivo con el paciente y su familia.

El equipo de trabajo está conformado por un psiquiatra de planta (cumpliendo funciones de jefe de sala), dos psicólogos de planta, un trabajador social de planta, residentes de trabajo social, psiquiatría y psicología, un terapeuta ocupacional de planta, un musicoterapeuta, una profesora de arte, dos acompañantes terapéuticos y personal de enfermería (dos por turno). Semanalmente se realiza el pase de sala, donde se revisa el estado actual de cada uno de los pacientes internados y se proponen objetivos terapéuticos por trabajar, y un comentario clínico, donde se presenta y discute acerca de casos sobre los que hay dudas o interrogantes para pensar en conjunto.

Respecto a la población de la sala, las personas internadas presentan riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, ligado frecuentemente a descompensaciones de su cuadro psicopatológico de base, a conductas impulsivas auto o heteroagresivas, a intentos de suicidio o a consumo problemático de sustancias. Los objetivos principales del dispositivo se basan en que ceda el riesgo cierto e inminente que motivó el ingreso a la sala, que se ubiquen las coordenadas en las que tal riesgo tuvo lugar y en construir recursos nuevos o diferentes a los ensayados hasta el momento por la persona para responder a situaciones conflictivas, es decir, armar respuestas al malestar que no estén ligadas al riesgo. Además, se realizan exámenes de laboratorio y los estudios e interconsultas necesarios para descartar patologías orgánicas y atender las comorbilidades.

El promedio de internación actual es de veinte días. Es habitual que la internación dure entre tres y cinco semanas, pero existe una gran amplitud en la duración, desde pacientes que se retiran de la sala sin el alta los primeros días de internación hasta casos que duraron más de un año por motivos habitacionales y legales. Según datos de entre los años 2022 y 2024, las internaciones por salud mental

representan un poco más del 2 % de las internaciones en el hospital.

Para lograr los objetivos de la internación, cada paciente es acompañado por un equipo interdisciplinario cuya conformación mínima es un psicólogo y un psiquiatra (de planta o residencia). Los tratamientos constan de entrevistas individuales con ese equipo, se instaura y revisa un esquema psicofarmacológico adecuado, la participación en dispositivos grupales (asamblea de pacientes, taller creativo, taller de cocina, musicoterapia, espacio recreativo, taller de coordinación y movimiento) y el trabajo con referentes vinculares. El trabajo con estos últimos se realiza tanto en entrevistas individuales como en un encuentro grupal semanal, coordinado por psicología, terapia ocupacional y trabajo social.

Las internaciones consideran el área programática que corresponde al domicilio del paciente en cuestión y a la complejidad del caso. Es decir, inicialmente, las internaciones se realizan en el hospital general más cercano a su domicilio. En algunos casos, se considera pertinente el dispositivo de sala semicerrada como el de este servicio, dada la complejidad del caso en un momento determinado. En tal contexto, las derivaciones para ingresar a la sala son realizadas por la guardia de este hospital o solicitadas por otros efectores vía telefónica. El dispositivo tiene una capacidad operativa permanente del 90-100 % cubierta. Las patologías más frecuentes son los trastornos psicóticos, de personalidad, por consumo de sustancias y afectivos. La mayoría son adultos jóvenes, seguidos por adolescentes y, por último, adultos mayores. No hay diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres. El nivel socioeconómico es bajo a medio-bajo, relacionado con que se intenta derivar a pacientes con cobertura social o prepaga.

La sala es un dispositivo preparado para recibir pacientes complejos, con patologías diversas y comorbilidades, pero, independientemente del diagnóstico, se dificulta mucho el trabajo con pacientes que no cuenten con apoyo

de sus referentes. Esto es más común en los casos crónicos, con muchas internaciones previas, habitualmente relacionadas con el abandono del tratamiento ambulatorio o con el consumo de sustancias, lo que agota el acompañamiento de sus familiares, que dejan de participar en el tratamiento.

Luego del alta, se realizan controles posinternación, idealmente durante la semana posterior. En muchas ocasiones, este acompañamiento se extiende, incluso durante varios meses, por no conseguir turno en atención ambulatoria en otros efectores cercanos al domicilio o de menor complejidad.

### **Administrar la libertad y la ira. Una construcción que requiere cuidado**

La viñeta seleccionada busca transmitir la modalidad de trabajo en la sala de Salud Mental en nuestro hospital. Aunque este dispositivo semicerrado e involuntario suele asociarse al imaginario manicomial, aquí se inscribe en una perspectiva comunitaria y de derechos humanos, en línea con la Ley Nacional 26.657 (2010), que promueve la atención en hospitales generales y el sostenimiento de vínculos con referentes afectivos. El enfoque comunitario implica participación de usuarios y familias, reconocimiento de derechos y responsabilidad estatal en su garantía.

La Ley 26.657 establece que los hospitales generales deben contar con los recursos para la atención de salud mental. Según la organización de cada hospital, las internaciones se llevan a cabo tanto en salas generales como en salas exclusivas para salud mental. En el caso del HIGA Gral. San Martín, tal como ilustrará el caso descrito a continuación, la sala específica permite abordar las situaciones críticas, resguardando la integridad física de pacientes en crisis y de quienes lo rodean; realizar abordajes tanto individuales como grupales, ordenar los hábitos cotidianos de

las personas internadas y trabajar sobre las situaciones que se dan en acto en la convivencia con otros. Permitir la deambulaci3n y tomar mate en grupo resulta natural en esta sala, lo cual puede estar contraindicado en otros 3mbitos de internaci3n con otras problem3ticas de salud.

El caso de Renato, joven de 19 a1os, ejemplifica los desaf3os de la atenci3n en internaciones involuntarias. Fue tra3do por el Sistema de Atenci3n M3dica de Emergencias (SAME) y la polic3a por un desencadenamiento psic3tico con aislamiento de un a1o y episodios de heteroagresividad hacia su padre. Ingres3 reticente, con vivencias internas intensas y episodios de agitaci3n, lo que motiv3 su internaci3n involuntaria con aviso al juzgado.

Durante la internaci3n, un equipo interdisciplinario (psiquiatra, psic3loga, trabajador social y luego terapeuta ocupacional) intervino con entrevistas individuales y grupales (disciplinarias e interdisciplinarias), sumando activamente a los padres. Su padre sitúa el inicio de los cambios en la conducta de Renato a partir de una ruptura amorosa, y su madre los relaciona con el comienzo de un trabajo nocturno de ella que la ausenta del hogar, por lo que deja “todo al libre albedr3o” del cuidado paterno. Entre los cambios en su comportamiento, destacan los siguientes: no contestar a las llamadas telef3nicas, no compartir la mesa, presentar alteraciones del sue1o, no ocuparse de su higiene personal. Seg3n refieren, luego aparecen soliloquios, risas inmotivadas y conductas alucinatorias. Los integrantes de la familia modifican su din3mica diaria para evitar que Renato se enoje. La situaci3n culmin3 con una agres3n f3sica hacia su padre, la cual los impuls3 a dar intervenci3n al juzgado y acceder a una evaluaci3n por salud mental.

Inicialmente, Renato permaneci3 aislado, con ideas delirantes y necesidad de medicaci3n inyectable. Luego accedi3 a entrevistas, donde describi3 su problema como el “control de la ira”, vivida como perturbaci3n corporal. Progresivamente se incorpor3 a la Asamblea de Convivencia y a talleres de cocina y musicoterapia, destacando que

la rutina de la sala le ayudaba a organizar pensamientos, aunque la proximidad corporal le generaba ira.

El trabajo con la familia abordó las dinámicas de control materno y fragilidad paterna, que contribuían a la desestabilización. La participación en espacios grupales de referentes afectivos permitió elaborar los episodios de violencia y explorar nuevas estrategias de convivencia. Renato comenzó a recibir visitas, que resultaron inicialmente conflictivas, reconociendo el aislamiento como recurso para regularse. El personal de enfermería transmitió que al comienzo recibió las visitas de sus padres con trato hostil y las interrumpió. El registro de enfermería resultó orientador ya que fueron quienes estuvieron más cerca de la dinámica cotidiana de la sala y de los pacientes con sus familiares en el momento de la visita. Son ellos quienes contuvieron a los familiares ante esta situación y les sugirieron acercarse a hablar de lo ocurrido con el equipo tratante.

Su involucramiento en actividades artísticas y de grupo abrió vías de expresión para elaborar la ira. Tras mes y medio de internación, comenzó a recibir la visita fuera de la sala, en el patio del hospital. Empezó a formular proyectos vitales como retomar sus estudios. Además, solicita regresar a su casa y autorizamos un permiso de salida terapéutica en compañía de sus padres. A su regreso cuenta haberse aislado en su habitación ya que tienen “reglas estrictas”. Resignifica los episodios de agresividad como “malentendidos”.

Persistían ideas delirantes, pero sin impacto conductual ni afectivo. Con reducción del riesgo y adherencia al tratamiento, se otorgó el alta, con controles ambulatorios hasta articular con un efector cercano a su domicilio. El caso ilustra cómo la internación en un hospital general, bajo perspectiva comunitaria y de derechos, constituye un dispositivo adecuado para abordar presentaciones agudas y complejas en salud mental.

## Cierre

El trabajo en la sala de internación de Salud Mental del HIGA General San Martín de La Plata constituye una instancia permanente de reflexión sobre saberes y prácticas vinculados al tratamiento de la salud mental en situaciones agudas. Nuestro rol como agentes de salud nos coloca cotidianamente frente a decisiones en momentos críticos, lo que exige revisar de manera constante las lógicas desde las cuales operamos. Son precisamente estas lógicas de funcionamiento y de abordaje las que configuran los dispositivos, las prácticas y los gestos cotidianos que sostienen el vínculo con usuarios, familiares y colegas. En este sentido, estar en una sala cerrada y proceder a una internación involuntaria no implica necesariamente reproducir una lógica manicomial, así como tampoco trabajar en un dispositivo abierto es garantía de una lógica de derechos humanos.

La involuntariedad de la internación responde al riesgo cierto e inminente de inicio y a la imposibilidad concomitante que la persona tiene de brindar su consentimiento en ese momento. La sala cerrada brinda la posibilidad de contener lo que no estaba pudiendo ser contenido ni por el entorno ni por el tratamiento ambulatorio. Se trata de decisiones terapéuticas que se toman a diario y que van transformándose junto al paciente teniendo siempre como brújula el cuidado y la dignidad de las personas. Progresivamente, lo cerrado e involuntario va cediendo y propiciando aperturas y decisiones subjetivas, para pasar gradualmente a una modalidad abierta y consentida, articulada entre paciente, equipo y entorno.

Sabemos también que nadie llega solo a una crisis subjetiva ni sale de ella en soledad. La trama comunitaria, su armado, restitución y cuidado son parte del abordaje. Así, la sala cerrada es, desde el inicio, política de cuidado, orientada por una lógica comunitaria y de derechos humanos, que puede reconocer las necesidades de cada momento y asumir

la responsabilidad de la toma de decisiones terapéuticas que cada instancia requiere.

La sala específica de Salud Mental muestra además que el abordaje de situaciones complejas en este campo excede por mucho la tradicional entrevista individual en cuanto posibilita intervenciones sobre situaciones que se dan en la convivencia con otras personas. Mucho de lo que resultó problemático en el marco de la crisis que motivó la internación se presenta en acto en el marco de la internación, distanciándose del dispositivo de interconsulta donde el paciente permanece en la cama y es evaluado por un profesional o por un equipo diariamente. La potencia de la sala de Salud Mental en un hospital general radica entonces en posibilitar la especificidad del abordaje de este campo de manera integral, a la vez que contiene y está atravesada por una clara perspectiva de derechos.

## Referencias bibliográficas

- Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley 26.657 de 2010. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud, 2022-2027*. En <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/salud-mental/plan-provincial-salud-mental>.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos*. Provincia de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). Curso: Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos: del Modelo de Atención Centrado en el servicio al Modelo de

Atención Centrado en Niveles de Cuidados, dictado por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS).

Poder Ejecutivo Nacional (2013, 28 de mayo). Decreto 603 de 2013. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Ed. Noveduc.

Trimboli, A. (2019). *El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.



# **Sin palabras: a propósito de la internación en un hospital general**

*Hospital de Área, El Bolsón, provincia  
de Río Negro*

CARLA ROGGERO Y JULIETA TESTA

## **Introducción**

En este trabajo, presentaremos la modalidad de trabajo que desarrollamos, en la cual el aspecto comunitario atraviesa todos los niveles de atención, ya que nuestro objetivo es promover la autonomía de la persona con sufrimiento mental, evitando que pierda la inserción social cuando requiere de una internación en un cuadro agudo. Describiremos el modo que toma la internación en nuestra experiencia, en la que hacemos convivir el adentro y el afuera desde un primer momento.

## **El hospital**

El Hospital de Área El Bolsón fue fundado en el año 1940, en la zona céntrica de la localidad homónima, ubicada al sur de la provincia de Río Negro. Su dependencia es provincial. El Bolsón es una ciudad con características sociodemográficas marcadas por la inmigración, la producción agrícola y artesanal. Está rodeada por cordones montañosos, bosques y ríos que la hacen atractiva como destino turístico de alcance nacional e internacional. Según el Censo 2022 (INDEC,

2023), la localidad de El Bolsón tiene 24.276 habitantes, pero se estima que el total poblacional es mayor, tanto por el flujo de migrantes como por las dificultades en el acceso geográfico a sectores que no fueron relevados. La zona de influencia del Hospital de Área El Bolsón alcanza a localidades vecinas, como El Hoyo y Lago Puelo, cuyos habitantes en ocasiones asisten al hospital de El Bolsón, dado que otros hospitales de la comarca son de menor complejidad.

Se trata de una institución de mediana complejidad (Nivel IV), es decir que tanto de manera ambulatoria como en internación cuenta con asistencia de diversas especialidades. La sala de internación es general, diferenciada por materno-infancia y sala de adultos. Cuenta con un total de 48 camas, distribuidas entre catorce habitaciones en el sector de adultos y ocho habitaciones en materno-infancia. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cuenta con cuatro camas.

El edificio es de 6000 m<sup>2</sup>, en dos plantas. En la planta alta, se encuentran tanto las aulas de capacitación, docencia y residencia como el sector administrativo contable y de recursos humanos. En la planta baja, se encuentran veintitrés consultorios externos; la guardia central, que consta de tres boxes, sala de atención de alta complejidad, camas de observación, sala de enfermería y habitación de médicos; sector de quirófanos con dos quirófanos y dos salas de parto; área operativa de mantenimiento, esterilización, cocina y lavadero; y servicio de Diagnóstico por Imágenes (ecografía, mamografía, radiografía y tomografía). Adicionalmente, en la comarca se cuenta con trece centros de atención primaria (CAPS): seis urbanos, cuatro semiurbanos y tres rurales. Administrativa y funcionalmente, los CAPS están vinculados al hospital.

El hospital fue ampliado y remodelado entre 2005 y 2008, preservando sectores con arquitectura antigua de paredones y ventanales de gran tamaño y de hierro, con otros sectores de construcciones en seco. Cuenta con una fachada histórica preservada desde su inauguración y

declarada como Monumento Histórico por la legislatura de la provincia de Río Negro. En el interior se observa poca cartelería, entre la que se encuentra la de prevención de enfermedades y la de reclamos gremiales. Cuenta asimismo con murales donados por la comunidad: en sala de pediatría, en sala de espera del servicio de Salud Mental –construida por artistas plásticos en colaboración con usuarios y escuelas de la zona–, en sala de espera de laboratorios y, en el frente del edificio, un mural que recuerda a jóvenes mochileros que perdieron la vida en un accidente vial. Asimismo, en la fachada lateral, se encuentra una obra hecha en mosaiquismo por una artista plástica local, en reconocimiento al Dr. Favalaro.

El Hospital de Área El Bolsón es la referencia de salud que cuenta con mayor complejidad en la comarca, por lo que recibe, en la urgencia, pacientes con y sin obra social. Asiste a urgencias de la comarca del lado de Chubut, dado que el centro de mayor complejidad está a 180 km, en Esquel. Una vez asistida la urgencia o emergencia, se deriva a la instancia correspondiente.

## **La salud mental en el hospital**

La conformación del servicio de Salud Mental en el Hospital de El Bolsón se remonta al año 1982, cuando la Dra. Broide sentó sus bases mediante la elaboración de estadísticas de atención y la capacitación del personal, fundamentando así la necesidad de este servicio. Sin embargo, recién en 1984 se le otorgó dedicación exclusiva. Este hecho ocurrió en el contexto del retorno a la democracia, momento en que en Río Negro comenzaron a consolidarse las bases de un programa de atención en salud mental con perspectiva de derechos humanos. Dicho programa fue impulsado en El Bolsón, y formó parte de la construcción provincial, con la participación activa de la Dra. Broide, quien desde los

inicios se guio por una lógica militante orientada al cierre de los manicomios. En este sentido puede afirmarse que la desmanicomialización constituye la matriz fundante de nuestro equipo de Salud Mental.

El servicio de Salud Mental brinda desde entonces atención en consultorios externos, interconsultas, internación en sala general, grupos terapéuticos, atención en centros de atención primaria de la salud, visita y asistencia domiciliaria. La atención en crisis se realiza mediante guardias pasivas de salud mental, que se activan por llamado de la guardia general. Las guardias pasivas las sostienen los profesionales de psicología, trabajo social o medicina, muchas veces en acompañamiento de residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC). Es la única guardia de salud mental de la comarca, con cobertura de veinticuatro horas todos los días del año.

Previo a 1982, los usuarios eran derivados al Hospital de Allen, que funcionaba como Neuropsiquiátrico en la provincia, el cual pasó a ser un hospital general en 1989. Las personas que fueron derivadas a Allen y a otros hospitales psiquiátricos del país retornaron a la localidad gracias al trabajo conjunto entre la provincia y el servicio de Salud Mental de este hospital.

Actualmente, el equipo está conformado por doce licenciados en Psicología, una médica especialista en salud mental comunitaria, una psiquiatra, seis operadores en salud mental, siete residentes en formación de la RISaMC y una administrativa. También se incorporan rotantes por periodos cortos de residencias afines a salud mental, medicina general de nuestro hospital, de salud mental de nuestra provincia, de otras provincias y extranjeros. Todos los trabajadores del equipo de Salud Mental tienen una dedicación de tiempo completo en salud pública.

La RISaMC se formalizó en el año 1993 y surgió en el marco de la Ley Provincial de Salud Mental n.º 2440 como forma de capacitación en servicio, e incorporó en 1994

los primeros psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y médicos. El objetivo de su conformación fue la consolidación del modelo rionegrino de trabajo en el campo de la salud mental comunitaria, formando así recurso humano para incorporarse en los equipos de la Provincia.

El servicio de Salud Mental es parte de una red de servicios sanitarios provincial, que a nivel local cuenta con atención hospitalaria y extrahospitalaria. En el hospital ofrece atención en consultorios, la guardia general, la sala general de internación y en aulas donde se realizan espacios grupales. Extrahospitalariamente, contamos con un centro cultural en un barrio que funciona todos los días con actividades recreativas, talleres culturales y deportivos gestionados por operadores o referentes de la comunidad. Estos talleres son abiertos y promueven la inserción de los usuarios en y con la comunidad. Anexada a él, se encuentra la Cocina Paraíso, que funciona como espacio diurno de almuerzo, lavado de ropa y baño. También trabajamos en dispositivos de inclusión laboral. Actualmente llevamos adelante el Proyecto Trigo, que se inserta en un centro comunitario de un barrio, se sostiene con otras instituciones y productores locales, y funciona con la modalidad de empresa social con inclusión de usuarios en la elaboración de panificados. El dispositivo Pileta se brinda en la Asociación Al Agua Todos y el programa de Radio Mate Mixto es parte de la Programación de Radio Alas. Las actividades, por tanto, no se limitan a lo hospitalario, sino que se desarrollan en el territorio y en articulación con la comunidad, sus instituciones y organizaciones.

Los integrantes del equipo transitamos por los diferentes espacios intra y extrahospitalarios; si bien hay referentes en cada dispositivo y los talleres, ninguno de los integrantes del equipo es exclusivo de uno solo. No nos dividimos en miniequipos exclusivos para una sola actividad, sino que nuestra forma se define en reunión de equipo, y nos dividimos según las estrategias lo requieran.

## Internación por Salud Mental en el hospital

Las internaciones se realizan en la sala general de adultos o de materno-infancia cuando las personas tienen menos de 14 años. Las habitaciones son para dos personas internadas por cualquiera de los servicios del hospital. La internación en sala general se realiza desde el inicio del servicio en el año 1983, es decir, previo a la Ley Provincial de Salud Mental (provincia de Río Negro, 1991) y a la Ley Nacional de Salud Mental (2010). El objetivo de esta modalidad de internación es no excluir a las personas de su vida comunitaria, y tiene la virtud de permitir trabajar con referentes familiares comunitarios e institucionales. Ello posibilita que las estancias en la internación sean breves. El tiempo promedio de internación en el servicio de Salud Mental del Hospital de El Bolsón es de 4,39 días desde el inicio del Sistema de Notificación Obligatoria de Internación (abril de 2025) hasta la actualidad (julio de 2025), según la reciente sistematización. Estos tiempos son inferiores a los del promedio a nivel provincial, que son de doce días, según registros del año 2023. Enmarcadas en el espíritu de la ley provincial, las internaciones en el hospital constituyen el último recurso, habiéndose intentado estrategias previas de acompañamientos y sostén de las personas con sufrimiento mental. Estas pueden ser voluntarias o involuntarias. La internación involuntaria se decide cuando se evalúa riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y se envían informes al sector justicia y al órgano de revisión provincial.

La población atendida es diversa en cuanto a edades, género y motivos de ingreso. Entre los motivos de ingreso, prevalece el consumo problemático tanto en jóvenes como en adultos y se trata mayoritariamente de varones. El perfil socioeconómico de las personas atendidas suele ser amplio.

Todo el equipo de salud mental interviene en el abordaje de una internación. Las estrategias terapéuticas se diseñan durante la reunión de equipo, que se realiza todos los días a primera hora de la mañana. Estas reuniones

son asamblearias, y se intenta armar en forma horizontal la estrategia para cada persona. El trabajo se enfoca en el armado de la red comunitaria de la persona internada, desde el primer día de internación. Por ello, convocamos a familiares, amigos, personas allegadas y vecinos. El armado de esta red vincular es parte de la evaluación integral. Esta instancia nos permite hacer hablar a diferentes actores que rodean a la persona respecto de los determinantes de la descompensación y también ir armando las estrategias de apoyo para el alta.

Una vez que evaluamos cierto alivio de la urgencia que llevó a la internación, pasamos a una segunda instancia de internación en la que operadores o familiares/referentes de la comunidad acompañan a salidas programadas, talleres o actividades del centro cultural y a la Cocina Paraíso. En la Cocina Paraíso, la persona internada interactúa con otras personas usuarias que concurren todos los días a cocinar, almorzar, bañarse, lavar la ropa; algunos concurren a tomar su medicación en caso de que lo requieran. La Cocina Paraíso es un espacio de participación y no funciona como centro de día en el que se encuadran horarios de entrada y salida, por lo cual la actividad de cada día se construye con el usuario en el momento en que se acerca. En lo que refiere a los fines de semana, el hospital cuenta con un equipo de guardia, el cual sostiene entrevistas y acompaña a las personas internadas en el caso de que lo requieran.

Cabe señalar que el usuario de Salud Mental internado no es igual a los demás pacientes internados. No se queda en la cama, sino que circula y puede tener altas paulatinas entre la casa y los espacios comunitarios. En este sentido, la internación de las personas usuarias de Salud Mental en el hospital general implica mucho acompañamiento desde el equipo. Para hacer frente a este desafío, en la provincia de Río Negro, contamos con una figura importante, que aporta sustancialmente al acompañamiento y sostenimiento de la vida en comunidad. Se trata del operador de Salud Mental (Devallis, Onocko Campos y Baffo, 2013). En las

internaciones, el operador constituye el nexo principal y necesario en la inserción social y posterior acompañamiento en la vida cotidiana. Trabaja entre el usuario y su red vincular; está presente en gestiones para mejorar la calidad de vida. Son ejemplos de estas gestiones el acompañamiento a las distintas actividades que se ofrecen desde el sistema de Salud Mental de Río Negro, como pueden ser dispositivos culturales, laborales, etc.

Parte de nuestro desafío es la deconstrucción del imaginario social de la locura. La perspectiva ética de sostenimiento de la vida en comunidad de las personas internadas no es fácil de implementar. Hoy en día visualizamos que los ajustes económicos producen efectos a nivel subjetivo, fragmentación de las redes sociales, barreras de acceso a derechos (vivienda, trabajo, etc.). Ello reduce sustancialmente las posibilidades de inclusión social, laboral y educativa y aumenta las dificultades para el trabajo comunitario con las personas internadas. Además, el contexto económico actual impacta en los escasos recursos humanos y de infraestructura.

Cohen y Natella (2013) piensan el hospital general como un dispositivo abierto que se rige por normas generales para todos los usuarios que asisten, lo cual en sí mismo permite disminuir el estigma y descentralizar la locura del espacio cerrado manicomial. Esto define al hospital general como una estructura comunitaria. Es desde el hospital general desde donde intentamos interpelar el imaginario social de normalidad y adaptación, intentando acompañar procesos de inclusión mediante el armado de redes sociales que permitan participación y transformación de lo social.

## **El hospital en el entramado del acompañamiento a la vida**

Relataremos el caso de Ana, a quien acompañamos desde hace siete años. En su caso, las internaciones han sido parte, pero no el eje, de la estrategia de intervención, y se han desarrollado cuando han sido el recurso necesario.

Ana llegó a vivir a El Bolsón en el año 2003 con su mamá, Raquel, y sus cuatro hermanos. En ese momento el abuelo materno ayudó a que llegasen, dado que Raquel salía de una internación en salud mental en el contexto de una situación de violencia de género por parte del padre de sus hijos. Desde entonces el padre de Ana no se relacionó más con ninguno de sus hijos. Raquel fue atendida en el servicio en forma ambulatoria y al año presentó buena evolución y se le retiró la medicación.

Ana, a los 20 años, llegó al hospital acompañada por Raquel a la guardia presentando mutismo, desorganización, catatonía y anorexia. En reuniones familiares a las que asistían sus cuatro hermanos, dos de sus tíos y el abuelo, se identificó como desencadenante de este cuadro una declaración en la que Ana fue convocada como testigo en el marco de una investigación judicial por el presunto abuso sexual de una amiga. Luego de esta situación testimonial, se produjo la primera crisis, seguida de la internación de Ana.

El diagnóstico de Ana se fue clarificando como esquizofrenia, con desinterés y dificultad en comunicarse con palabras, por lo cual se contemplaba lo perceptivo y el dibujo como formas de expresión. Durante el primer año de tratamiento, tanto en internación como en forma ambulatoria, Ana fue acompañada por el equipo con estrategias de inclusión en diversos talleres, por ejemplo, el de Narrativas, en el que se utilizaron “susurradores” y disparadores grupales, por ejemplo, concurrencia a espacios públicos para escribir o relatar lo que se escuchaba.

Ante el fallecimiento de Raquel, al tiempo de la primera internación, los episodios de Ana se agravaron y

comenzaron las internaciones breves en el hospital general. Los hermanos dividieron la casa materna en departamentos, y empezaron los enfrentamientos con violencia física. Las primeras internaciones de Ana fueron voluntarias y de corta duración (de tres a once días). Como parte de la estrategia, concurría a los talleres, se realizaban visitas domiciliarias por parte de duplas del equipo de Salud Mental, reuniones familiares, reuniones con el juzgado, con la Secretaría de Género, con la oficina de empleo, etc. Todas estas estrategias se desarrollaban tanto durante la internación como durante el tratamiento ambulatorio.

En este proceso, en algún momento Ana sostuvo un emprendimiento laboral de producción de alimentos caseros en el que incluyó a su hermano. Acompañamos desde el equipo de Salud Mental cada etapa de este proceso del emprendimiento, al cual le dio un nombre vinculado a su problemática con la alimentación.

La aceptación de Ana y su grupo familiar al tratamiento farmacológico siempre fue parcial. Cuando no se sostenía el tratamiento, comenzaba con problemáticas de consumo de alcohol y sustancias y a asumir conductas sexuales de riesgo. En el año 2021, se acompañó a Ana en una interrupción legal del embarazo, situación que conllevó mucho sufrimiento y gran desorganización para ella. En este proceso, su hermana mayor y una amiga de su mamá se implicaron. A partir de esta intervención, Ana logró comenzar a concurrir sola al consultorio de Salud Sexual.

En el año 2024, los hermanos varones se enfrentaron con violencia física y destruyeron el departamento de Ana. Ella continuó viviendo allí, sin calefacción ni ventanas, perdió su documento de identidad, no podía cobrar su pensión, no demandaba ayuda explícita desde lo verbal, pero se presentaba en el hospital y los dispositivos de Salud Mental. Se ofreció internación, y aceptó este recurso de forma intermitente. En esta etapa, las

internaciones se dieron por causas sociales y en otras ocasiones por estado de descompensación.

Actualmente, Ana presenta deterioro cognitivo, de atención, señales visibles de abandono, mutismo, fuga de ideas, indiferencia afectiva y fenomenología alucinatoria auditiva psicótica. En el 2024 iniciamos medicación inyectable involuntaria, previo trabajo interinstitucional con su defensora y juzgado. Ana dice en ocasiones que extraña a su mamá y que quiere estudiar. Suele concurrir a un instituto de formación docente cerca de su casa, en el que su mamá daba clases. Algunas de las personas a las que se acerca y la reciben son amistades de su mamá, en general, artistas plásticos.

A inicios de 2025, se logró armar una casita en el predio del dispositivo de salud (Centro Cultural). El equipo decidió que se le diera posibilidad de uso a Ana luego de infructuosos intentos de implicar a diversos integrantes de la familia para que la alojasen, teniendo en cuenta la destrucción de su departamento. Se inició la gestión de una figura de apoyo luego de agotadas las posibilidades de acompañamiento familiar. También se acompañó a la familia en reuniones en el juzgado de paz para el inicio de la sucesión y división de tierras. Actualmente, gestionamos con su consentimiento el Certificado Único de Discapacidad, al cual antes se resistía.

Intentamos, desde el desarrollo del texto y contexto de la vida de Ana, dar cuenta de la complejidad en la que trabajamos y de que, a pesar de todo, no retrocedemos y aprovechamos las posibilidades que brinda el modelo de desmanicomialización con abordaje comunitario.

## Cierre

El acompañamiento de la vida de Ana presenta un gran desafío para el equipo. Acompañar padecimientos que

no se expresan con palabras, intentando preservar los derechos de una persona vulnerada. Si bien Ana no tiene una buena evolución ni en el acompañamiento familiar, ni en el trabajo interinstitucional, ni en su proceso de salud-enfermedad, logramos acompañar su vida.

Marcelo Percia (2004) nos invita a considerar la inconclusión de las prácticas. Ana nos confronta con ello, con el desafío que nos marcan los propios límites del quehacer de nuestra tarea. La internación la usamos como herramienta que da múltiples posibilidades, tanto como pausa para la usuaria en episodios de descompensación, como para alivio de su situación social. También es una pausa para el equipo; permite frenar y volver a rearmar estrategias cada vez que nos tropezamos con un nuevo obstáculo. Quisiéramos señalar que las internaciones breves permiten la entrada y salida en la comunidad para no perder la experiencia de una vida con otros y, sobre todo, el armado y rearmado de redes.

## Referencias bibliográficas

- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Devallis, M., Onocko Campos, R. y Baffo, C. (2013). *Perspectivas de la desmanicomialización*. Río Negro: Kuruf Editorial.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. En <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Provincia de Río Negro. Poder Legislativo. (1991). Ley Provincial R n.º 2440 de Promoción Sanitaria y

Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental [Ley]. Publicada en Boletín Oficial de la Provincia de Río Negro, 10 de octubre de 1991. Texto consolidado disponible en Digesto Jurídico.

República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010. En <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234988/20101203>.



# Lógicas hospitalarias y expansión del modelo comunitario

*Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti,  
Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut*

GABRIELA FIEL MARTÍNEZ, GABRIELA CASAROTTO  
Y ANDREA BELTRAMINO

## Introducción

Este capítulo describe el proceso de adecuación de las internaciones por motivos de salud mental en el Hospital Regional Víctor Manuel Sanguinetti, en función de la progresiva implementación de prácticas y dispositivos con enfoque de derechos humanos.

Para comprender las prácticas de este hospital, se describe el proceso histórico en que este servicio, así como otros dispositivos de la red de cuidados, se fue desarrollando, desde el principio de la continuidad de la atención.

Aunque el servicio de Salud Mental funciona en el hospital desde 1984, se analiza aquí el periodo 2003-2024. Este periodo se elige pues en 2003 se inició un proceso progresivo de transformación a nivel provincial del sistema de atención pública en materia de Salud Mental, que promueve la modificación de las estructuras, la creación de dispositivos y cambios en la modalidad de atención con descentralización hacia la comunidad (Freytes Frey y Zelaya, 2007). Damos cuenta de este proceso hasta 2024, año en que las autoras de este trabajo fueron removidas del cargo de Jefatura Departamental y de la coordinación del dispositivo de internación en el marco de un proceso de reestructuración

del sistema de atención y del organigrama general del sistema sanitario provincial y de la red de efectores de salud mental hospitalaria en particular.

Nos es grato compartir esta experiencia que representa y resume 20 años de trabajo y construcción conjunta, orientada al diseño y la implementación de dispositivos y prácticas en Salud Mental, en una perspectiva de derechos y enfoque comunitario, dirigida a la comunidad en general en materia de promoción y prevención, y de atención y acompañamiento para aquellas personas con padecimiento mental.

## El hospital

El Hospital Regional Víctor Manuel Sanguinetti, también nombrado como “El Elefante Blanco”, “El Regional” o “El Hospi”, es uno de los edificios sanitarios más emblemáticos de la ciudad de Comodoro Rivadavia (*Diario Crónica*, 2022). Se encuentra emplazado en la zona céntrica en terrenos ganados al mar, lo que también le otorga un carácter destacado en el paisaje urbano de la ciudad. Actualmente con dependencia administrativa y de financiamiento provincial, fue inaugurado oficialmente el 1.º de agosto de 1968, concebido como un hospital de alta complejidad (Complejidad VIII), es decir que cuenta con capacidad de resolución integral para la atención de las necesidades asistenciales y sanitarias de la población local y regional, operando no solo como hospital de cabecera de la ciudad, sino también como centro de derivación para el Área Programática Sur, que incluye varias localidades de la provincia.

La ciudad de Comodoro Rivadavia, en donde se ubica el hospital, tenía 201.854 habitantes según el último censo de 2022 (INDEC, 2022). En lo que respecta a la población de Comodoro Rivadavia, un 70 % cuenta con cobertura por obras sociales y prepagas como consecuencia de la actividad

de empresas petroleras y de servicios. La población únicamente con cobertura pública está en general subocupada o desocupada, con un alto porcentaje de migrantes, tanto internos del norte del país como externos de países vecinos. El hospital brinda respuesta sanitaria y acompaña a la población a lo largo de su ciclo vital, cualquiera sea su franja etaria y su cobertura social.

La estructura edilicia del hospital responde a los diseños hospitalarios de la segunda mitad del siglo XX, con un edificio de gran porte, de líneas rectas y funcionales, adaptadas al terreno y al clima de la región. La fachada principal, de aspecto sobrio y simétrico, presenta amplios ventanales que favorecen la entrada de luz natural y una escalinata de acceso que da paso a un *hall* central espacioso y luminoso donde se encuentra la mesa de recepción, y desde donde se abren dos amplios pasillos hacia ambos lados a lo largo de los cuales se encuentran ubicados distintos espacios de atención –farmacia, rayos, laboratorio, vacunación, consultorios de atención y acceso a otras alas, entre ellas la de Salud Mental–.

El edificio conserva su estructura original como núcleo central, a la que se han incorporado nuevos pabellones y áreas específicas, conectadas mediante un sistema de circulación interna que facilita el traslado de pacientes, profesionales y equipamiento. A lo largo de los años, el hospital ha sido objeto de refuncionalizaciones y ampliaciones que permiten continuar la modernización del edificio, para adecuarlo a las exigencias actuales de la atención médica de alta complejidad: se reacondicionaron más de 1000 m<sup>2</sup> en planta baja, modernizando los sectores de ingreso, las áreas de espera, los sanitarios y espacios de circulación, y se realizaron obras de accesibilidad, incluyendo rampas y baños adaptados para personas con movilidad reducida. Además, se construyeron nuevas áreas destinadas a Salud Mental, salas de espera y consultorios. Actualmente se encuentran en ejecución obras de infraestructura tecnológica, como,

por ejemplo, la instalación de un resonador magnético de última generación.

Respecto a las prestaciones intrahospitalarias (brindadas en edificio central), el hospital cuenta con atención ambulatoria que cubre la totalidad de las especialidades, con excepción de trasplante coronario y cardiopatías congénitas que son derivadas. En lo relativo a internaciones, abarca la totalidad de las clínicas básicas, además de otras especialidades, siendo el único hospital en la zona con terapia intensiva pediátrica e internación por Salud Mental de adultos y de niños, niñas y adolescentes.

Antes de la pandemia, el hospital contaba con 180 camas, número que fue ampliado durante la emergencia sanitaria a 219. La organización de las camas por servicio y el ingreso a la internación se realiza en forma programada por consultorios externos o bajo modalidad de urgencia por el servicio de Unidad Médica de Urgencias. La totalidad de los servicios brindan atención ambulatoria en consultorios emplazados dentro del nosocomio.

Por otra parte, dependiendo de la Dirección Asociada del Área Externa hospitalaria, funcionan emplazados en distintos barrios de la ciudad catorce centros de atención primaria de la salud (CAPS), en donde se brinda atención espontánea, tareas de promoción, prevención, asistencia y continuidad de cuidados de población georreferenciada. Asimismo, desde el hospital y los CAPS, se brinda asistencia a las localidades rurales del Área Programática Sur y a personas privadas de libertad, ya sea mediante turnos ambulatorios presenciales, internación o atención de manera virtual (telesalud-webex).

## **La salud mental en el hospital**

El Departamento de Salud Mental del Hospital es uno de los cinco servicios de salud mental provinciales, junto a los

de Esquel, Puerto Madryn, Trelew y Rawson. Hasta mediados de 2024, dependía de la Dirección Asociada Médica del hospital y técnicamente de la Dirección General Provincial de Prevención y Atención Sanitaria de las Problemáticas Psicosociales y Discapacidad.

Es importante subrayar que, para poder comprender el trabajo del Departamento de Salud Mental del Hospital, resulta imprescindible dar cuenta de la red sociosanitaria de efectores de salud mental que lo componen. Esta forma de organización puede diferir de aquella en otras provincias, en las cuales la atención en salud mental en el hospital se limita a la tarea intrahospitalaria. Hasta diciembre de 2024, la red sociosanitaria departamental se componía de siete dispositivos: Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo Zona Norte; Centro de Día de Salud Mental; Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo Zona Sur; Dispositivo de Orientación y Atención Primaria Salud Mental y Adicciones; Dispositivo Infanto-Juvenil; Dispositivo Habitacional Efecto de Salud y Dispositivo de Internación.

Adicionalmente a estos dispositivos, el Departamento de Salud Mental del Hospital cuenta con una Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales), dos residencias dependientes técnicamente de la Dirección de Capacitación y del Departamento de Residencia de la Provincia, un programa de atención en salud mental para personas privadas de libertad (modalidad mixta presencial y telesalud) y un programa de atención en psiquiatría para usuarios de zonas rurales. Todos servicios brindados por los mismos agentes del Departamento que cumplen funciones diariamente en otros dispositivos.

El Departamento de Salud Mental del Hospital funciona desde 1984, pero ha sido objeto de cambios desde su creación. La siguiente línea de tiempo ubica algunos de los momentos y eventos más importantes en la conformación de la red sociosanitaria y de programas asociados.

Tabla 1. Línea de tiempo Departamento de Salud Mental 2003-2022

Año	Evento
2003	Inicio del proceso de transformación provincial en salud mental comunitaria.
2008	Creación de cuatro equipos itinerantes y distribución en CAPS.
	Apertura de Residencia de Psiquiatría en el Departamento de Salud Mental del Hospital.
	Promulgación de Ley Provincial de Salud Mental n.º I-384.
2009	Inauguración de nueva sala de internación en planta baja del hospital.
2012	Inicio del proceso de creación de dispositivos intermedios: centro de día, residencia asistida, centro ocupacional laboral. Inicio de proceso de externalización progresiva de monovalentes privados y usuarios cronicados en sala de salud mental hospitalaria.
	Cambio de dependencia administrativa de centros de adicciones hacia el Departamento de Salud Mental en adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.
2015	Apertura y puesta en funcionamiento del Centro Ocupacional Laboral (disuelto en 2016).
	Apertura y puesta en funcionamiento del Centro de Día.
	Apertura y puesta en funcionamiento del dispositivo habitacional con una casa hogar de apoyo medio-bajo.
2016	Integración estructural y funcional de los dispositivos "externos".
	Redefinición de guardias hospitalarias: activas y por equipo interdisciplinario.
2019	Conformación de equipo infanto-juvenil.
	Puesta en funcionamiento de la Residencia en Salud Mental Comunitaria.
2022	Descentralización de la atención de psiquiatría con la inclusión de la disciplina en los equipos interdisciplinarios de base en la comunidad; dotación de mayores recursos a equipos de base en la comunidad. Creación de dispositivo de atención en salud mental para personas privadas de libertad. Creación de dispositivo de atención virtual por médico psiquiatra para personas en tratamiento por padecimientos de salud mental en atención por equipos rurales.

Fuente: elaboración propia con base en diario El Patagónico (2015), Fiel Martínez y Casarotto (2022), Zelaya y Freytes Frey (2011).

En noviembre de 2024, se contaba con un total de 98 agentes de planta permanente, con equipos interdisciplinarios en cada uno de los dispositivos. En el caso del

dispositivo de internación, vale señalar que los enfermeros dependen del Departamento de Enfermería del hospital y no del de Salud Mental. La mayoría de los trabajadores del Departamento de Salud Mental tiene una dedicación de 30 horas semanales. Algunos realizan además horas extendidas. Los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales realizan asimismo guardias activas. Debido a que los salarios resultan insuficientes, la gran mayoría de los agentes también trabajan en otros ámbitos. Esto implica un desgaste que impacta en la capacidad y calidad de atención.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

La internación por Salud Mental en el hospital data del año 1984. El dispositivo de internación fue creciendo progresivamente en complejidad, en paralelo con los cambios normativos y de paradigma impulsados por la normativa provincial, nacional e internacional. El área de internación por Salud Mental funcionó desde sus inicios hasta el 2009 hacia el final del ala izquierda del segundo piso del nosocomio, separada del ala pediátrica por una puerta con llave. Desde 2009, el dispositivo de internación para personas adultas (desde 15 años) funciona en un espacio exclusivo en la planta baja del hospital, con accesos diferenciados desde el interior y exterior del edificio y adecuado a las necesidades de los usuarios respecto a zonas de esparcimiento internas y externas y características de las habitaciones.

En el caso de niños, niñas y adolescentes (NNyA) hasta 14 años inclusive, la internación se realiza en el área de pediatría, donde se brinda atención específica desde el dispositivo infanto-juvenil del hospital. Aunque se dispone de un espacio físico amplio y adecuado en términos de comodidad para la internación de personas adultas, en el caso del espacio destinado a la población infanto-juvenil, este no cumple con todos los criterios necesarios para el abordaje

integral de situaciones agudas de salud mental. A su vez, el área de pediatría tampoco cuenta con infraestructura adaptada, y no autoriza la internación de adolescentes de entre 15 y 17 años, quienes se internan en la sala de adultos a pesar de lo contraproducente que pueda resultar ese contexto a su edad evolutiva y problemática.

La internación de NNyA es coordinada por el dispositivo infanto-juvenil, cuyos profesionales trabajaban articuladamente con el servicio de Pediatría y la guardia de salud mental. El equipo intrahospitalario de infanto-juvenil se componía en 2024 de tres psicólogos, un trabajador social y dos psiquiatras infantojuveniles; estos últimos, con régimen de guardia pasiva permanente. Siempre que sea posible, se promueve la presencia de un referente afectivo o adulto responsable durante toda la internación, pero su ausencia no es impedimento para llevar adelante el tratamiento. En función de la edad, se aplican los criterios de autonomía progresiva, escuchando y considerando las opiniones del/la adolescente.

En la internación de personas a partir de los 15 años, una vez realizada la admisión, se conforma un equipo de tratamiento para cada paciente, que acompaña todo el proceso de internación, abordaje terapéutico y planificación de externación. Este equipo trabaja en la construcción de un plan de atención integral que incluye psicoterapia, abordaje familiar, tratamiento psicofarmacológico, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, construcción de un proyecto de vida y articulación con dispositivos comunitarios, servicios sociales, judiciales y educativos.

En términos de infraestructura y equipamiento, el sector de adultos cuenta con dieciocho camas distribuidas en dos alas diferenciadas: una de diez camas para mujeres y otra de ocho para varones. Cada habitación es compartida por dos personas y dispone de baño privado; una de estas habitaciones está adaptada para personas con discapacidad motriz. Existe además un salón de usos múltiples (SUM) que

funciona como comedor y sala de actividades, un *office* de enfermería con monitoreo por cámaras, consultorios para atención, una sala de reuniones, área administrativa, baños para profesionales y una sala anexa destinada a pacientes en proceso de externación, equipada con dormitorio y baño propio. Aunque se trata de un dispositivo a puertas abiertas, existen protocolos de control en el ingreso y egreso, los cuales se aplican con criterios de proporcionalidad y razonabilidad en situaciones de riesgo.

Es de señalar que, tras el cierre de dos clínicas psiquiátricas en 2022, el hospital quedó como único efector de internación de agudos por salud mental para personas adultas y NNyA en el Área Programática Sur, una extensa región que abarca no solo el sur de la provincia de Chubut, sino también el norte de la provincia de Santa Cruz. Este hecho incrementó notablemente la demanda sobre el dispositivo, y lo convirtió en una referencia ineludible para los tres subsistemas de salud.

Lo anteriormente descrito da cuenta del proceso de cambio que se ha ido produciendo en las internaciones por salud mental en el hospital, desde que se empezaron a realizar hace más de 20 años. Este proceso de cambio no ha estado libre de dificultades y tensiones en el proceso de conceptualizar la internación como un momento y una intervención dentro de la estrategia de continuidad de cuidados, pero no como su centro. Un hecho significativo en este recorrido fue la coordinación de la sala por parte de una médica psiquiatra con experiencia en atención primaria, por un lapso de dos años, entre 2023 y 2024. Dentro de los cambios, se destaca el diseño de planes de externación desde el primer día de ingreso, con participación activa de las personas internadas y sus redes vinculares, respetando el principio de la “dignidad del riesgo” (Basz, 2012); la implementación de prácticas respetuosas de la diversidad, incluyendo criterios de identidad de género en la asignación de camas; la promoción de derechos en la internación

y el respeto por las elecciones terapéuticas; la promoción de talleres grupales, espacios de participación, salidas planificadas y la reducción del uso de sujeciones químicas o físicas.

Entre los logros más relevantes, se encuentran los siguientes: aumento en el giro cama, reducción del tiempo promedio de internación, menor tasa de reinternaciones. Lo anterior fue el resultado de una mejor articulación con dispositivos comunitarios y con servicios sociales, educativos y judiciales. A pesar de estos avances, persisten importantes obstáculos estructurales y funcionales, como son la falta de dispositivos residenciales de mediano y alto nivel de apoyo, así como de dispositivos intermedios, escasez de operadores comunitarios, insuficiente *stock* de medicación en farmacia hospitalaria, ausencia de formación específica en salud mental comunitaria para el personal de enfermería del hospital, por mencionar los más sobresalientes.

Ejemplificando dos de tales obstáculos y sus consecuencias, en noviembre de 2024, cuatro personas con alta hospitalaria no podían egresar por falta de dispositivos residenciales. En Comodoro Rivadavia solo existe una casa hogar pública de bajo nivel de apoyo y una privada que brinda atención de bajo y medio nivel de apoyo, y las instituciones residenciales con mayores niveles de apoyo, ya sea para personas con padecimientos mentales severos y discapacidad o para problemáticas de consumo, se encuentran a más de 350 km de distancia, lo cual dificulta el acompañamiento de las redes familiares. Por otro lado, se intentó, sin éxito, implementar un protocolo consensuado de sujeción física como recurso de excepción, en consonancia con estándares de derechos humanos, pero su aplicación fue intermitente, y su apropiación, reducida por parte de enfermería y del equipo profesional.

Actualmente, han aumentado las internaciones por ideación o posintento de suicidio con riesgo para sí, sobre todo en población joven (de 15 a 24 años), aunque también

en la franja de entre 35 y 40 años, tanto de hombres como de mujeres. De igual manera, se internan frecuentemente descompensaciones psicóticas, usualmente por baja adherencia a tratamiento psicofarmacológico.

## **Búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas**

Con el siguiente caso, sucedido a principios del año 2024, nos proponemos ilustrar la forma en que la búsqueda y construcción interdisciplinaria de alternativas terapéuticas, fundamentadas en escuchar lo que la propia persona internada y su familia dicen, puede conducir a situaciones de recuperación, no solo para la persona en cuestión, sino para otros involucrados directa o indirectamente en su tratamiento.

Cristian, de 37 años, de profesión carpintero y pintor, convivía con su pareja, de quien se encontraba distanciado hacía unas pocas semanas. Ingresó por guardia traído por personal policial tras denuncias de los vecinos, que escuchaban ruidos raros y notaban conductas extrañas que los atemorizaban. El equipo de guardia de Salud Mental decidió que, dada la presentación del usuario (descompensación psicótica/episodio psicótico agudo), su red social resultaría insuficiente para acompañar un proceso de compensación ambulatoria y decidió la internación involuntaria.

Cristian no contaba con antecedentes de cuadros similares, como así tampoco internaciones o tratamiento por salud mental, no tenía historia de consumo de sustancias, con excepción de tabaco. Por presentar un cuadro de excitación psicomotriz, el equipo médico de la Unidad Médica de Urgencias que lo recibió debió indicar contención química y realizar sujeción física hasta tanto hiciera efecto completo la medicación. El equipo de guardia localizó a los familiares para informarles respecto de la decisión de internación involuntaria, de su estado, del tratamiento que se realizaría

y de la notificación a los organismos correspondientes, para resguardar los derechos de Cristian.

Una vez ingresado a la sala, ya sin efectos de medicación sedativa, Cristian, sin presentar conciencia alguna de enfermedad, se mostraba inquieto y con resistencia a la indicación de la medicación. Siendo infructuosos los intentos de informarle la necesidad de la toma de la medicación, se indicó medicación inyectable (haloperidol/lorazepam/Nozinan).

Transcurridas unas horas, Cristian continuaba con el cuadro de descompensación psicótica, con ideación paranoide en relación con sus vecinos y sus relaciones laborales, y con marcada inquietud comenzó a presentar reacciones adversas al haloperidol. Por ello se decidió cambiar el esquema a fármacos antipsicóticos atípicos. Se solicitaron interconsultas diarias a Clínica Médica para seguimiento de sus parámetros vitales y estudios complementarios por los efectos adversos presentados.

Cristian se mostraba constantemente demandante de alta, no respondía a la contención verbal y se fugó en reiteradas ocasiones saltando el paredón del patio de la internación que lindaba con una de las calles. Era llevado de vuelta a la sala por la policía –ya que se daba aviso a Búsqueda de Personas–, por sus familiares o su expareja. Cuando se le preguntaba por los motivos de fuga, además de señalar que no había razón para que estuviese internado, señalaba la falta de comprensión por parte del equipo frente a lo que quería insistentemente explicar, que era que su material de trabajo podía ser robado y él necesitaba realizar labores pendientes de entrega por razones económicas.

Ante las reiteradas fugas, la imposibilidad de aplicar medicación de acción rápida y debiendo esperar el efecto de la medicación instalada, los episodios de desorganización e inquietud y fuga persistían, la familia se hizo presente y ofreció soluciones tales como pagar los costos materiales para subir la altura del paredón, solución que era inviable.

En reunión de equipo interdisciplinario de internación, se problematizó la situación para buscar soluciones: ¿qué hacer ante un paciente inquieto y una sala que no puede contenerlo (y que necesita evitar “alteraciones” para no afectar la serenidad y el bienestar de otros usuarios)?, ¿serían apropiadas y respetuosas de los derechos del usuario las solicitudes de algunos compañeros de guardia y de algunos enfermeros de contención física, aislamiento en habitación y custodia policial?, ¿cómo afectaría este tipo de intervenciones en la relación de Cristian con su equipo tratante?, ¿estaban agotadas otras instancias?, ¿qué impacto tendrían este tipo de medidas en la subjetividad de Cristian?, ¿y en su familia?, ¿qué decía Cristian?, ¿qué otras soluciones podrían buscarse ante la falta de respuesta a contención verbal y al riesgo de reinstalar medidas psicofarmacológicas habituales?

Surgió la idea de dar lugar a su insistente deseo de trabajar y producir, motivos que desorganizadamente esgrimió para explicar sus fugas, y que ciertamente comunicaba en los momentos de mayor inquietud: ¿y si quizás necesitaba trabajar, producir?, ¿qué sucedería si pudiera trabajar dentro de la sala?, ¿qué es lo que Cristian sabía y podía hacer que resultara útil para la sala? Estas preguntas permitieron pensar que otras formas de contención que no implicasen la sujeción física o el sometimiento del psiquismo eran posibles.

Surgió la idea de transformar el paredón del patio (por donde suelen escaparse los usuarios) en un pizarrón, considerándose un aporte en cuanto otros usuarios podrían escribir, comunicar, dibujar durante su estancia en nuestra sala. Con esta propuesta en mente y también con muchos interrogantes de si esta funcionaría, el equipo convocó nuevamente a la familia, que sugirió que podía quedarse su expareja a acompañarlo por las noches, y se mostraron dispuestos a proveer los elementos necesarios en caso de que Cristian aceptara el trabajo que se le ofrecería. Ante la

invitación por parte de su equipo tratante, quien le explicó la necesidad de la sala de contar con una pizarra y que esta podía realizarse en el patio, y esgrimiendo motivos por los cuales sería bueno para sus compañeros de la internación, Cristian aceptó y, sin que el equipo se lo solicitase, realizó una lista de materiales que necesitaría para realizar el trabajo. También aceptó con agrado que su expareja lo acompañase durante las noches.

Cristian, además de pintar el muro, animó a sus compañeros a intervenir la nueva pizarra. Tomó la iniciativa de pintar un arco en una pared del edificio hospitalario dentro del patio de internación, ayudado por plantillas armadas con los elementos disponibles en sala, pensando que esto podría ser de utilidad para que sus compañeros de sala pudieran marcar gol al jugar al fútbol. Estas tareas llevaron a Cristian a permanecer cerca de diez días sin episodios de inquietud ni de fuga. Desde la propuesta y durante el tiempo que duró la actividad y el acompañamiento de su expareja, Cristian comenzó a establecer una relación de confianza con el equipo y mostró mayor predisposición a aceptar las indicaciones y sugerencias hasta el alta definitiva de la internación.

Se concluyó como diagnóstico presuntivo un trastorno bipolar, episodio hipomaniaco. El tratamiento instaurado: olanzapina, 10 miligramos por día, y Valcote, 1500 miligramos por día. Actualmente, se encuentra en tratamiento ambulatorio combinado (médico psiquiatra y psicólogo) de forma privada y no ha presentado recaídas.

Se debe señalar que, si bien el equipo evaluó como exitosa la intervención, la medida despertó profundas resistencias: negativa a acompañar a Cristian en la actividad (luego se solicitó a personal de seguridad de sala que rondase el patio mientras Cristian trabajaba); notas donde el equipo era “acusado” de poner en riesgo la sala, dado que la pintura era inflamable y “podría prenderse fuego al caer la ceniza de un cigarrillo encendido”, y tildando de “mamarrachos en la pared” el arco de fútbol. Resolver esta situación precisó

la intervención no solo de la jefatura del dispositivo, sino también de la Jefatura Departamental.

Más allá de las resistencias, esta experiencia nos demuestra que, incluso en una sala de internación, es posible y efectivo posicionarse en lugares distintos para abordar las problemáticas de nuestros usuarios.

## Cierre

La historia del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional de la ciudad no es ajena a las luchas del campo de la salud mental en otras regiones. Si bien resulta un hecho favorable la existencia de un consenso legal y político con relación al modelo de salud mental, las tensiones en el campo entre actores se hacen sentir en pujas de poder, que resuenan como en una caja amplificadora dentro de la estructura hospitalaria donde debe funcionar el dispositivo de internación de nuestra red de efectores. Sigue estando vigente el imaginario de la hegemonía de unas disciplinas sobre otras, que otorgan un lugar central al hospital, a la atención de la urgencia, de lo agudo, el imaginario de un afuera y un adentro, y un retorno a la idea de complejidad en tres niveles. Todas estas son ideas y cuestiones que consideramos deben ser repensadas constantemente, desde las prácticas que privilegian los abordajes integrales y en comunidad donde se dan los procesos y las acciones recíprocas entre la persona y su ambiente humano en el complejo sistema de la trama de la vida.

Es con un equipo de internación que comprenda esta complejidad de los abordajes y los desafíos que impone, de la necesidad del trabajo articulado con los otros componentes de base comunitaria de la red a la que pertenecen, con el que se puede dar un proceso de modificación de las prácticas hacia el interior de la internación y del hospital. Es decir, la internación por Salud Mental en el hospital general

solo es posible como espacio diferente, si este se entrama en una red de servicios de base comunitaria. Una sala de internación, para ser transformadora, requiere trabajar simultáneamente con la modificación de prácticas hacia afuera del hospital, y hacia el interior de él.

Desde luego, este proceso de transformación requiere de voluntad política que se traduzca en financiamiento adecuado de las estructuras y los insumos necesarios y en la capacitación y formación continua en salud mental de la totalidad del personal de salud.

Frente a cambios recientes, y como integrantes de un equipo de Salud Mental Comunitaria que camina cerca de 20 años en pos de un modelo comunitario, nos debemos el desafío de preservar lo construido, para continuar avanzando en pos de los derechos que defendemos.

## Referencias bibliográficas

- Basz, E. (2012). La dignidad del riesgo como antídoto al estigma. Grupo Salud Mental FTS. Recuperado de <https://tinyurl.com/ztt7s5y4>.
- Congreso de la Nación Argentina (2010, 25 de noviembre). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Diario Crónica* (29 de julio de 2022). El Hospital Regional, un lento elefante blanco. Recuperado de <https://tinyurl.com/23v8zy7s>.
- Diario El Patagónico* (2015). Se ultiman detalles para el funcionamiento del centro de rehabilitación. Recuperado de <https://www.elpatagonico.com/se-ultiman-detalles-el-funcionamiento-del-centro-rehabilitacion-n770785>.
- Fiel Martínez, G., & Casarotto, G. (2022, mayo). Adecuación del Departamento de Salud Mental y Adicciones

a la Ley Nacional 26.657, Ley Provincial I-384 y Ley Provincial I-648. Desarrollo de una red de dispositivos de base comunitaria. Proyecto para Certamen Interno para Concurso de Jefatura Departamental de Salud Mental Comunitaria del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia.

Freytes Frey, M., & Zelaya, S. (2007). Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut. *Topía*. Recuperado de <https://tinyurl.com/4tdkajtt>.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

Legislatura de la Provincia del Chubut (2008). Ley Provincial de Salud Mental I n.º 384 y su Decreto Reglamentario. Recuperado de <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/leis-ref/public/showAct.php?id=15864>.

Zelaya, S., & Freytes Frey, M. (2011, abril). Programa de mejora de la calidad de la red asistencial sociosanitaria de salud mental de la provincia del Chubut. Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, Secretaría de Salud de Chubut.



# Entre los tiempos de la urgencia subjetiva y el entramado intersectorial en las internaciones por Salud Mental

*Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel  
de Tucumán, provincia de Tucumán*

MARÍA BELÉN DÍAZ GANIN, MARÍA EUGENIA LÓPEZ,  
MARÍA PÍA NEME SCHEIJ Y MARÍA LAURA SANTOS LEPERA

## Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo presentar el funcionamiento de la sala de internación de Salud Mental en un hospital general de la ciudad de San Miguel de Tucumán. En primer lugar, relataremos las características generales del hospital para luego hacer hincapié en el servicio de Salud Mental inserto en la institución, profundizando en el funcionamiento de la sala de internación de Salud Mental. Por último, y a partir de un caso, ejemplificaremos el abordaje que llevamos a cabo y las dificultades con las que nos encontramos en nuestra práctica diaria.

En el hospital Padilla, se empezó a internar por Salud Mental hace aproximadamente cuarenta años en diferentes salas del hospital que pertenecían a otros servicios. Tras avances y retrocesos, se inauguró en 2013 la sala de Salud Mental tal como se la conoce y funciona hoy. Cabe destacar que un facilitador para la creación de la sala fue la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010).

## El hospital

El 1 de enero de 1883, se inauguró este hospital con el nombre de Hospital Mixto Nuestra Señora de las Mercedes. El Hospital Mixto poseía distintos pabellones de internación, sanitarios, una sala de operaciones y una capilla. Posteriormente, fueron construidos y agregados al diseño original nuevos baños, pabellones de internados, salas de cirugía, salas de desinfección y departamento de maternidad. En 1913 la denominación del hospital fue reemplazada por el nombre de la persona que lo proyectó, por lo que desde entonces es el Hospital Ángel Cruz Padilla.

Se trata de un hospital público ubicado en la capital de la provincia de Tucumán, perteneciente al tercer nivel de complejidad de atención del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA). Ofrece a la comunidad servicio de consultorios externos de más de catorce especialidades en salud. Además, cuenta con laboratorio clínico y de anatomía patológica, diagnóstico por imágenes y vacunatorio. Posee salas de internación de nueve especialidades, entre las que se cuenta la de Salud Mental. A su vez, tiene tres salas de terapia intensiva y una unidad coronaria, y diez quirófanos. En total el hospital cuenta con trescientas camas, distribuidas por especialidades y niveles de complejidad y cuidados. Dicha distribución puede verse modificada de acuerdo con circunstancias epidemiológicas (dengue, covid-19, etc.).

Se atienden pacientes mayores de 14 años, en estado crítico, con patologías agudas. Es centro de referencia provincial y regional en traumatología. También funciona como centro de procuración de órganos y trasplantes. Recibe consultas de una población sociodemográfica heterogénea por tratarse de un hospital de referencia, aunque, en su mayor medida, las consultas pertenecen a la población que solo cuenta con cobertura pública.

El edificio del hospital ocupa una manzana completa en una zona céntrica de la capital. Este se encuentra

conformado por tres pasillos centrales. El sector norte está destinado a los consultorios externos, el sector sur a la guardia, y quedan la mayoría de las salas en el sector central. Cuenta con dos plantas. En el primer piso, se encuentran los quirófanos, una de las terapias y las oficinas administrativas. Además, posee un anfiteatro con capacidad para ciento veinte personas destinado a actividades del hospital y de las facultades de Medicina y Enfermería. Es un hospital-escuela que recibe estudiantes de diferentes universidades, siendo sede de residencias nacionales y provinciales, y también recibe residentes de otros hospitales.

## La salud mental en el hospital

Desde los orígenes del hospital, existe formalmente la atención en Salud Mental como parte de sus especialidades. A partir de 1985, empezaron a incorporarse profesionales de Salud Mental en salas de especialidades médicas, lo cual dio inicio al abordaje de la interconsulta. Luego comenzaron a realizarse las primeras internaciones por Salud Mental a cargo de profesionales del servicio. Desde dicho momento el dispositivo de internación tuvo avances y retrocesos hasta consolidarse como funciona actualmente. Este proceso de construcción también fue en consonancia con la demanda de cuadros agudos que fueron acudiendo al hospital en busca de una respuesta. El servicio, en la actualidad, cuenta con cuatro dispositivos de atención: consultorios externos, internación, interconsulta y guardia.

La guardia de Salud Mental funciona de manera activa las veinticuatro horas, con cobertura de psiquiatras o psicólogos, y en algunos casos de ambas especialidades. El ingreso a la guardia del hospital puede darse de tres maneras distintas: por *consultas espontáneas*, donde los principales motivos son crisis de angustia, descompensaciones psíquicas (neuróticas o psicóticas), que pueden o no estar acompañadas de

conductas auto y heteroagresivas, e ideación suicida; *derivaciones de Clínica Médica*, tratándose de pacientes que asisten a la guardia por presentar alguna dolencia física, por la que, una vez atendida médicamente y luego de haber descartado compromiso orgánico, se solicita intervención por Salud Mental; e ingresos por el *shock room*, tratándose de intentos de suicidios donde se ve comprometido el cuerpo y, a veces, incluso la vida de los sujetos, por lo que se necesita de atención médica urgente. Posteriormente a la estabilización clínica, recién podrán ser evaluados por Salud Mental para considerar el criterio de internación o derivaciones pertinentes.

En consultorios externos trabajan cinco psicólogas. Se reciben pacientes para tratamiento mediante el dispositivo de admisión. Los turnos llegan por tres vías: Salud Escucha (0800 para solicitar turnos), desde los profesionales de guardia (pacientes que requieren pronta atención ambulatoria) y derivaciones de los profesionales de sala (pacientes externados del dispositivo de internación). No se realizan evaluaciones psicodiagnósticas. Se realizan evaluaciones psicofísicas a profesionales que ingresan al sistema provincial de salud. La atención en el dispositivo, en consonancia con el nivel de atención del hospital, recibe y lleva a cabo el tratamiento de pacientes en situación de urgencias, siendo este un aspecto que atraviesa la clínica particular de este hospital.

En interconsulta trabajan dos psicólogas, respondiendo los pedidos de intervención que llegan desde las diferentes salas médicas por parte de los profesionales que requieren el abordaje de Salud Mental. Se trata de responder a los pedidos de abordaje de otras disciplinas para pacientes que cursan internación por compromisos orgánicos y de los que, por diversos motivos, otros profesionales requieren la intervención de Salud Mental, ya sea para la atención del paciente o para aunar criterios de abordaje que el equipo profesional requiera.

Por último, en la sala de internación, trabajan seis psicólogas, de las cuales dos también ofrecen el servicio en el dispositivo de telepsicología. En dicha sala, se atiende a los pacientes con indicación de internación por parte del equipo de guardia.

El servicio cuenta con tres psiquiatras (una a cargo de la jefatura) que atienden a pacientes internados por Salud Mental, por pedidos de interconsultas y seguimientos por consultorio a los pacientes externados. Recientemente, se incorporó al equipo de Salud Mental una trabajadora social para trabajar con los pacientes internados de manera interdisciplinaria y con abordajes intersectoriales. La sala de internación cuenta con una jefa de enfermería que cumple treinta horas semanales y enfermeros que cubren guardias de doce horas. Asimismo, un profesor de Educación Física da clases de una hora dos veces por semana a los pacientes internados.

El servicio de Salud Mental tiene dos secretarías que desarrollan tareas administrativas y de gestión. Todos los profesionales nombrados cumplen con treinta horas semanales. El servicio recibe residentes rotantes de psicología clínica y psicología infanto-juvenil, quienes se incorporan a todos los dispositivos.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El hospital Padilla interna pacientes por motivos de salud mental desde hace aproximadamente cuarenta años, es decir, desde mediados de los ochenta. Tales internaciones se realizaban en las salas de especialidades médicas (clínica, neurología, gastroenterología, etc.). En 1991 se remodeló una sala ubicada en el primer piso con fondos de una fundación destinada a la ayuda del hospital. Esta contaba con seis camas para mujeres dado que significaba la población de mayor demanda, siendo los varones internados en otras

salas. Aproximadamente en el año 1997, dicha sala, por medio de convenios que realizó el hospital para realizar investigaciones, se destinó a reumatología. Las internaciones de Salud Mental continuaron en dicho momento en salas médicas, del modo en que se realizaban anteriormente. Posteriormente, en el 2009, las internaciones de Salud Mental se ubicaron en el sector correspondiente a la antigua guardia del hospital, un área descuidada de la institución en ese momento (Bo, 2025).

En el año 2013, luego de continuos movimientos institucionales y conquistas ganadas, se inauguró la sala de internación de Salud Mental. Cabe mencionar que hoy es el único hospital general de la provincia de Tucumán que ofrece internaciones por salud mental, teniendo una sala específica para ello. La inclusión del servicio de Salud Mental en el hospital ha sido fruto de la formación y perseverancia de los miembros del servicio, quienes apostaron a la construcción y el sostén de dicho lugar.

Actualmente, la sala de internación posee ocho camas divididas en cuatro habitaciones de dos camas cada una y está ubicada en la planta baja del hospital. Se encuentra en el centro del edificio y está diseñada teniendo en cuenta los cuidados necesarios que los pacientes requieren, evitando aquellos elementos que impliquen un riesgo, por ejemplo, cubiertos descartables, baños sin espejos y cortinas *rollers*. A su vez, es la única sala del hospital que tiene patio propio para el uso cotidiano de sus pacientes. Este también es el único sector habilitado para fumar del hospital. Esta excepción se hizo en consideración de que prohibir fumar en una internación por Salud Mental suele ser contraproducente.

Es condición necesaria que, durante la internación, las personas estén acompañadas por algún referente familiar. No contar con esta figura representa una dificultad en el trabajo.

En líneas generales, el número de internados por Salud Mental supera el número de camas y, cuando ello sucede, las internaciones se realizan en otras salas del hospital. Esta

situación se debe tanto a que se excede el cupo de internación en la sala como a que gran número de los pacientes presentan complicaciones médicas que requieren de la intervención conjunta de varios especialistas.

Se atienden fundamentalmente intentos de suicidio e ideaciones suicidas, que ingresan por guardia o por los consultorios externos del hospital. Considerando que en muchos casos los sujetos se presentan con cierto compromiso orgánico como consecuencia de su conducta suicida, estar en un hospital general posibilita la atención integral del paciente. Entonces, aunque el motivo de ingreso es por salud mental, intervienen otros saberes de la medicina que, junto al apuntamiento psicofarmacológico, ayudan a resguardar en primer lugar la vida del paciente, permitiendo un abordaje posible. Ahora bien, no solo pensamos la urgencia desde el discurso médico, sino especialmente entendiendo que los pacientes que quedan internados en nuestra sala están atravesados por un estado de urgencia subjetiva, que requiere de otra intervención, la instalación de un tiempo diferente.

La población asistida es mayor de 14 años y de diversos géneros. Con relación al nivel educativo y la actividad laboral, en su mayoría son pacientes sin cobertura médica y de escasos recursos, aunque también se reciben pacientes del nivel socioeconómico medio, debido a que la oferta de atención en salud mental en el sector privado es escasa y costosa. Las internaciones, en su mayoría, se desarrollan de manera voluntaria, articulándose con la Justicia, si se considera necesario en cada caso, respondiendo junto a asesoría letrada y trabajo social a la instancia correspondiente.

Durante la internación, los pacientes tienen entrevistas psicológicas diarias y entrevistas psiquiátricas dos veces por semana, o según necesidad del caso. A través de este trabajo, se pretende reconstruir las situaciones que motivaron la internación, en un intento de encontrar o reordenar las coordenadas que mantenían al sujeto enlazado a la vida.

Durante el tiempo de internación, el hospital no ofrece dispositivos terapéuticos más allá del tratamiento individual, aunque el equipo considera fundamental desarrollar esta propuesta en el futuro. No obstante, los pacientes no permanecen necesariamente en la cama: pueden desplazarse, con acompañamiento familiar, por distintos sectores de la institución. Entre ellos, el patio del servicio y el patio central del hospital –ubicado junto a la capilla–, que cuenta con merenderos y constituye un espacio de encuentro y socialización con otros pacientes y familiares.

En cuanto al abordaje interdisciplinario e intersectorial, según cada caso, se realizan trabajos conjuntos con la asesoría letrada y con el área de trabajo social, elaborando informes o solicitudes de intervención dirigidas a defensorías de los juzgados y al Ministerio de Desarrollo Social. Generalmente, el proceso comienza con el pedido del médico tratante al servicio social para abordar la situación de manera interinstitucional. Esta dinámica se vio facilitada con la incorporación de una trabajadora social al equipo del servicio de Salud Mental. El equipo interpreta que la combinación de factores como la vulnerabilidad psicosocial de los casos atendidos y la necesidad de articular con otros sectores implica tiempos distintos a los del abordaje clínico, lo que constituye uno de los principales obstáculos para la internación y el alta de los pacientes.

La clínica de urgencia implica instituir otro tiempo. Se trata de tiempos de abordaje mediante la escucha, una que propicie enmarcar una lógica de lo singular y del intervalo, rompiendo con la lógica de la inmediatez y del para todos. Cabe destacar que como equipo nos encontramos revisando constantemente los criterios clínicos e institucionales implicados en nuestro trabajo diario.

Entendemos que durante la internación es prioritario preservar los lazos sociales de los pacientes, para lo cual trabajamos con las familias o con quien se presente como referente afectivo. Dentro de los recursos terapéuticos utilizados en las internaciones, contamos con la herramienta

de permisos de salida, cuyo objetivo es poder evaluar las condiciones subjetivas del paciente en el contexto y la dinámica familiar, como así también considerar los factores de riesgo en la comunidad para su reinserción social. Dichos permisos de salida dependen del estado de cada paciente y se otorgan de acuerdo con la evaluación interdisciplinaria del equipo tratante. A partir del cambio de autoridades del hospital, se dispuso la suspensión de estos desde abril de 2025, lo cual implica un obstáculo para el trabajo y la evaluación clínica. El equipo se encuentra en la revisión y el rearmado de protocolos que permitan reanudar los permisos de salida.

Pensar las altas de los pacientes implica coordinar acciones con familiares y con diferentes actores sociales, de la comunidad y del sistema de salud, para posibilitar la continuidad de los tratamientos necesarios de forma ambulatoria. Este es un punto fundamental para intentar garantizar el sostenimiento de los tratamientos y prevenir nuevas descompensaciones que requieran de nuevas internaciones. Un obstáculo es la escasez de profesionales psiquiatras en el sistema público para recibir las derivaciones.

En términos generales, las internaciones duran aproximadamente tres semanas. Sin embargo, en el último año, en algunos casos particulares han superado los treinta días. La mayoría es por cuestiones de orden habitacional, familiar o social, y otras por cuestiones inherentes al cuadro clínico.

## **La internación como momento de ordenamiento subjetivo e institucional**

Noelia, de 27 años, ingresó en septiembre de 2024 por guardia tras una intoxicación medicamentosa con intención suicida. Presentaba diagnóstico de esquizofrenia paranoide y antecedentes de descompensaciones previas. El ingreso a la internación en Salud Mental se produjo mediante oficio

judicial, que además dispuso una medida de restricción de acercamiento a su hogar, a su madre y a sus dos hijas menores de edad, debido a episodios de heteroagresividad.

Las consultas anteriores de Noelia habían sido mayormente por guardia, con intervenciones exclusivamente farmacológicas, sin continuidad en dispositivos ambulatorios. En esta ocasión, el abordaje inicial se centró en la estabilización del cuadro, ya que presentaba discurso desorganizado, crisis de abstinencia, alteraciones sensorio-perceptivas e ideas delirantes paranoides. Se realizaron los ajustes farmacológicos correspondientes hasta lograr la compensación clínica. A partir de allí, las intervenciones se orientaron a favorecer la conciencia de enfermedad y a planificar el proceso de externación.

Noelia inició un registro consciente de lo que ella misma denominaba su “condición”, identificando fenómenos y conductas asociados a la descompensación, lo que requería tratamiento farmacológico y terapéutico.

Dada la situación de alta vulnerabilidad psicosocial, el abordaje requirió articulación interdisciplinaria e intersectorial. En conjunto con el servicio social, y en el marco de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005), se realizaron comunicaciones con la defensoría interviniente y con la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DiNAyF), organismo del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, encargado del cuidado de sus hijas. Se presentaron informes que daban cuenta de la compensación clínica, el registro de enfermedad y la adherencia al tratamiento, con el fin de iniciar la externación y favorecer la revinculación materno-filial. Se gestionó además el Certificado Único de Discapacidad, que constituyó una herramienta para fortalecer el registro de su enfermedad y la importancia de la adherencia terapéutica.

Al superar la internación los sesenta días, se elaboraron informes clínicos y sociosanitarios destinados al Poder Judicial provincial, en ausencia de Órgano de Revisión en Tucumán, para dar respuesta al control de legalidad.

Asimismo, se realizaron audiencias en defensoría donde Noelia pudo expresar su estado actual, su comprensión del cuadro y aspectos de psicoeducación.

En paralelo, se mantuvieron reuniones con el equipo a cargo de sus hijas. Allí se evaluó la necesidad de incluir a la madre de Noelia en un abordaje en Salud Mental, por lo que se articuló con el equipo territorial correspondiente. También se realizaron entrevistas telefónicas con ella, quien debía ratificar su consentimiento para el retorno de Noelia al hogar. En este marco, se coordinaron acciones con las defensorías de ambas, con el objetivo de acercar la evaluación clínica al ámbito judicial y favorecer decisiones conjuntas respecto del abordaje familiar. Las intervenciones intersectoriales cumplieron una función ordenadora, entendida como legalidad simbólica requerida por la dinámica familiar y la especificidad del caso.

Construir una red intersectorial e interdisciplinaria supone generar alternativas frente a la vulnerabilidad de las personas, habilitando la participación de múltiples actores y reafirmando el valor simbólico de las instituciones en la vida de los sujetos. Consideramos que este entramado no solo constituye un sostén para la paciente y su familia, sino que también aporta bases, redes y protocolos para que el sector salud pueda convocar y construir una carretera que ordene y articule las intervenciones adecuadas y necesarias en cada situación.

## Cierre

Quisiéramos destacar que en nuestro trabajo nos encontramos con una clínica muy difícil, la clínica del desamparo. Clínica de lo real que deja al sujeto caído de la escena, lo que vuelve la labor una construcción artesanal, en cuanto que se aborda la singularidad poniendo en juego constantemente la hospitalidad y el deseo de los profesionales. Sostenemos

esta práctica entendiendo que es siempre con otros, apostando a los espacios de encuentro, intercambio, supervisión y formación.

Un servicio de salud mental en un hospital general se encuentra frente al desafío de lograr la convivencia del discurso médico junto al discurso de psicólogos y psiquiatras, logrando un trabajo articulado para dar una respuesta posible a la demanda actual de las problemáticas en salud mental.

## Referencias bibliográficas

Bo, T. (2025). Entrevista realizada por las autoras a la Dra. Trinidad Bo, exjefa del servicio de Salud Mental del Hospital Padilla de San Miguel de Tucumán.

República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

República Argentina (2005). Ley 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 26 de octubre de 2005. Recuperada el 2 de julio de 2025, de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/110778>.

# El trabajo de salud mental comunitaria en un hospital general rural

*Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok,  
Lamarque, provincia de Río Negro*

CORINA ANFUSO MACIEL, FERNANDO CORTÉS, ANÍBAL GUTIÉRREZ,  
KARINA PACHECO, FLORENCIA TANZARIELLO Y JOSÉ VIDAL

## Introducción

Presentaremos a continuación una de las formas que toma la operatoria del quehacer de un servicio de salud mental comunitaria (SSMC) en la modalidad rionegrina, en un hospital área programa de características rurales. Partimos del principio de que la finalidad última de un SSMC es la inclusión social, entendida como el ejercicio de mutuas influencias significativas y de sentido de la persona en su comunidad, tal que le sea posible transitar fluidamente el campo multiinstitucional en el que se organiza la vida cotidiana.

Parafraseando a uno de nuestros referentes provinciales, el querido Pepe Schiappa Pietra, se trata de *vivir en salud*, y ello implica también la capacidad de interactuar con otros, generando sentidos compartidos y ejerciendo una influencia significativa en lo social. Solo ello permite lograr reconocimiento colectivo y participación activa. Estar en salud no es solo amar (crear vínculos), ni solo trabajar (asumir roles establecidos), sino también participar en la lucha social (Schiappa Pietra, 2012).

## El hospital

El Hospital Rural Área Programa Lamarque Dr. Jorge Rebok forma parte del conjunto de establecimientos hospitalarios que pertenecen a la II zona sanitaria de la provincia de Río Negro. Está inserto en un pueblo ubicado sobre la ruta provincial 250, sobre el margen sur del Río Negro, en la región conocida como Valle Medio. La localidad de Lamarque tiene el cultivo como principal actividad económica de la región, además de la actividad maderera y apícola. Cuenta con alrededor de diez mil habitantes. Este número se incrementa en forma significativa en época de cosecha, ya que durante este periodo acuden trabajadores, mayoritariamente varones jóvenes, migrantes temporarios de diferentes provincias, generalmente del norte del país, y en menor medida de países limítrofes.

El hospital fue fundado en 1933 y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. Cuenta con una complejidad Nivel III, es decir, ofrece atención de nivel intermedio. La atención que se brinda suele responder a los requerimientos básicos de la población urbana y rural que pertenece al área programática del hospital. En caso de requerirse algún tipo de atención más especializada, se deriva a la persona a otros establecimientos hospitalarios de mayor nivel de complejidad, ubicados en otras localidades de la provincia. El hospital de referencia zonal más próximo es el de Choele Choel, distante a unos veinte kilómetros.

El hospital cuenta con un edificio central, donde se ubican áreas de atención ambulatoria con servicios técnicos de apoyo e internación. Del hospital también dependen dos centros de atención primaria de salud (CAPS), insertos en barrios de la localidad. El edificio central es heterogéneo en términos edilicios, ya que coexisten estructuras de la construcción antigua originaria con nuevos espacios edificados, adicionados en sucesivas reformas.

En lo ambulatorio, el hospital ofrece de lunes a viernes atención de medicina general, prestaciones de enfermería, servicio de Odontología, de Kinesiología, más servicios de Laboratorio y Rayos, servicio de Trabajo Social y servicio de Salud Mental Comunitaria. El hospital cuenta con doce camas para internación en total, distribuidas en cuatro salas: sala de varones con cuatro camas, sala de mujeres con cuatro camas, sala pediátrica con dos camas y una sala para trastornos respiratorios con dos camas. Además, en la sala de observación de la guardia de urgencia, se ubican otras dos camas. Es el equipo de salud quien administra la gestión de las camas para internación, en función de los cuidados requeridos por la persona en cada situación.

El Hospital Área Programa Lamarque es el único efector de salud en la localidad que cuenta con estructura para ofrecer servicio de atención de urgencias e internación, además del ambulatorio más arriba mencionado, por lo cual se atiende a personas de los tres subsectores de salud.

## **La salud mental en el hospital**

El servicio de Salud Mental Comunitaria comenzó su actividad en el hospital en noviembre de 1996. Antes de esa fecha, la localidad era visitada con cierta regularidad por el equipo de Salud Mental del hospital de Choele Choel, ubicado a veinte kilómetros. Nos parece importante recordar, hablando de los inicios, el aporte de Pablo Franco, psicólogo y sociólogo, quien inauguró y trabajó como jefe del servicio de Salud Mental Comunitaria en Lamarque. Fue este compañero quien inicialmente desarrolló el funcionamiento del servicio integrado al hospital en la localidad.

Desde 1996 hasta 2025, la composición del equipo del SSMC fue variando y devino en la conformación actual, integrada por seis personas: dos operadores en salud mental

comunitaria, un enfermero profesional especialista en salud mental comunitaria y tres licenciadas en Psicología. El equipo del SSMC trabaja 44 horas semanales, tiempo que destina al diseño y la operatoria de las estrategias de inclusión social. Algunos miembros, adicionalmente, realizan tareas docentes relacionadas con salud mental en la Universidad del Comahue.

Las actividades desarrolladas por el SSMC dependen, en su mayoría, del diseño de la estrategia terapéutica para cada situación. Esto implica hacer, respetando la dignidad e identidad de la persona, lo que operativamente se requiera para que este paciente con sufrimiento mental gane capacidad de influencia significativa y de sentido (poder) en la comunidad. Una de las actividades estructuradas más importantes es la *reunión de equipo*, la cual funciona como fase necesaria del núcleo metodológico del quehacer de Salud Mental Comunitaria (SMC) orientado a la inclusión social. En esta reunión diaria, primera actividad de cada jornada, interdisciplinariamente se diseñan y reorganizan las estrategias de tratamiento, en función de la evaluación de los resultados de la operatoria llevada a cabo por el equipo de SMC. En un proceso constante de retroalimentación, siguiendo un esquema reflexión-acción-reflexión. La reunión diaria se realiza en la oficina del SSMC, un espacio que se adapta alternativa y plásticamente a los requerimientos que se presenten en el devenir institucional y comunitario. En las reuniones de equipo, participan todos los integrantes, desempeñando uno de ellos alternativamente la función de coordinación de la dinámica y registro de las tareas definidas y sus responsables. En este momento metodológico interdisciplinario, cada compañero desde su núcleo de conocimiento disciplinar aporta a la construcción conjunta de la estrategia terapéutica, que obviamente se enriquecerá cuanto mayor sea la diversidad de disciplinas que participen.

Otras actividades desarrolladas en forma programada son interconsultas, evaluación psicofarmacológica (realiza-

da con psiquiatra referente zonal), atención en consultorios de admisión individual, intervención de urgencia, exámenes para fines administrativos, actividades interdisciplinarias con otros servicios (médicos, Enfermería, Trabajo Social, etc.) y gestión de trámites para personas usuarias. También se realizan acompañamientos y cuidados personalizados en las situaciones de vida cotidiana, actividad de mayor plasticidad que implica el acompañamiento de la persona usuaria en diversos momentos de su vida en comunidad.

Otra actividad de suma complejidad técnica es la visita domiciliaria, herramienta tecnológica que se utiliza en función de una decisión estratégica definida por el equipo, requiriendo consideraciones referidas al interjuego de los espacios grupal, institucional y comunitario y sus correspondientes fenómenos. La visita domiciliaria puede ser efectuada por algún integrante del equipo, definida esta persona en el diseño estratégico cotidiano, pero, por consideraciones técnicas, preferentemente se dispone que la realice una dupla de efectores. En esta actividad es común el trabajo sobre múltiples fines u objetivos parciales enmarcados por la finalidad de inclusión social.

Se realizan también actividades de promoción cultural, promoción laboral y gestiones destinadas a la satisfacción de necesidades de vivienda o alimentación de las personas usuarias y sus familias. A su vez, se coordinan espacios de reuniones con familiares de personas usuarias y con otras organizaciones institucionales (Educación, Policía, Poder Judicial, Municipio, Desarrollo Humano, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, etc.).

En el trabajo cotidiano de Salud Mental Comunitaria tal como lo practicamos, una vez definidas las actividades en el diseño de la estrategia, las operatorias en su mayoría poseen características tales que son accesibles a los diferentes miembros del equipo, más allá de sus núcleos disciplinares. De forma tal que los diferentes miembros del equipo pueden intervenir en, por ejemplo, acompañar a algún adolescente a un partido de fútbol, compartir una reunión con

el equipo técnico de la escuela de adultos, coordinar un dispositivo didáctico sobre violencia familiar y género, acompañar a un usuario a su examen de ingreso a la universidad, coordinar un taller de costura, acompañar a alguna paciente al taller de danzas árabes o a realizar un trámite, ayudar a construir una mesa, organizar espacio de estudio de matemáticas o acompañar en la preparación de un examen para la licencia de conducir, etc. Actividades que, en su mayoría, no se encuentran habitualmente inscriptas dentro de los roles profesionales, pero que son fundamentales para el trabajo terapéutico en la vida cotidiana de las personas.

Algunas otras actividades, por el contrario, necesitan una operatoria disciplinar específica, para la cual son definidos los efectores pertinentes. Por ejemplo, en lo referente a la evaluación, indicación y administración farmacológica (psiquiatría, enfermería y operadores de Salud Mental Comunitaria). Sin dejar de presentarse la actividad como un elemento más, que requiere su integración a la estrategia terapéutica compleja, orientada por la finalidad de inclusión social.

En cuanto a la intervención en urgencias, la guardia pasiva de Salud Mental Comunitaria se incluye como apoyo de la guardia general de urgencias hospitalaria. La actividad es realizada por una psicóloga, dado que el sistema hospitalario rionegrino solo permite realizar guardias de urgencia en salud mental comunitaria a psicólogos y médicos. Esta es convocada telefónicamente por el médico a cargo de la guardia general, una vez que se evaluó clínicamente a la persona consultante y se llegó a la conclusión de que la configuración actual requiere de la intervención del efector de SMC. El profesional convocado interviene en coordinación con el resto del equipo de la guardia de urgencias. Las situaciones que requieren una intervención psicofarmacológica de urgencia son resueltas en su mayoría por el médico generalista a cargo de la guardia. Cuando este tipo de situaciones implica una mayor complejidad, se realiza una interconsulta de urgencia con un psiquiatra del hospital

zonal referente de la zona del Valle Medio, luego de la cual se continúa la intervención en el hospital local.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Las internaciones por Salud Mental se llevan a cabo en el hospital desde el comienzo del funcionamiento del SSMC, es decir, desde el año 1996. Para internar se utiliza alguna de las cuatro salas disponibles en el hospital para la población general de pacientes. No hay un área exclusiva de internación para Salud Mental. El uso que se hace de la cama depende de un criterio estratégico dinámico, acordado por todo el equipo.

La edad promedio de las personas internadas por Salud Mental es de 32 años; el promedio de días de estadía es de 2,7, según el análisis de los casos para el año 2024. En cuanto al género, cerca de un 60 % corresponde a mujeres. La problemática que más frecuentemente se atiende en internación es desorganización psicótica. Otras problemáticas que atendemos frecuentemente son episodios psicóticos posconsumo y reacciones graves de ansiedad.

En lo que tiene que ver con las intervenciones del equipo de SMC durante la internación, estas son organizadas en función de la estrategia específica que se diseñe para cada paciente. El momento de la internación, conforme a la legislación, es excepcional, esto es, se hace uso del recurso cuando se han ensayado otras alternativas de atención que no han funcionado. La modalidad de internación requiere poder operar y trabajar con gran plasticidad. Ello implica que el diseño de las actividades depende de la reflexión periódica del equipo de salud y del devenir de la persona internada. La internación, en este sentido, es solo uno de los elementos que componen la estrategia. Necesariamente, se deben incluir otros elementos, organizados con la finalidad de inclusión social.

En caso de definirse como necesario el acompañamiento en sala de internación por efectores de Salud Mental Comunitaria (nuevamente decimos: como producto de una decisión estratégica en esa situación), los miembros del equipo participan en turnos sucesivos. Generalmente esto se realiza, pero no únicamente, cuando los cuidados que puede ofrecer la enfermería de sala no son suficientes para dar respuestas a los requerimientos actuales de la persona internada.

A modo descriptivo, podríamos mencionar una lista básica de actividades que desarrollamos en la internación y que están definidas institucionalmente: entrevistas de seguimiento y evaluación, interconsultas con otros servicios para atender la salud integral, actividades destinadas al sostén o la recuperación de vínculos sociales, como familiares, vecinos, amigos, referentes significativos, instituciones de la comunidad. A esas actividades se suman gestiones administrativas, producción de informes de evolución del paciente en situación, certificados y otros documentos que suelen ser requeridos por otras instituciones intervinientes como el Poder Judicial o el Órgano de Revisión de Salud Mental. Las internaciones que se realizan en el hospital son tanto de carácter voluntario como involuntario. En este último caso, se realizan los sucesivos pasos administrativos legales dispuestos por la legislación nacional y provincial. Lo que implica avisos e informes al Poder Judicial, al Órgano de Revisión y a la Defensoría Oficial según la normativa correspondiente.

Además de las actividades en internación más arriba mencionadas, existen otras actividades relacionadas con la evolución de la persona internada, como el acompañamiento en salidas u otras actividades acotadas, fuera del establecimiento hospitalario, como participar de un taller de cocina o de huerta o de un espacio para adolescentes, etc.

Dentro de la estrategia terapéutica en la internación, suele ubicarse el trabajo fundamental con el contexto familiar inmediato (un bien cada vez más escaso y disgregado),

para explicitar el estado de la situación en la que se encuentra la persona y promover la integración de los referentes familiares a la estrategia terapéutica y desde allí la implicación en la producción de un proyecto de egreso hacia la vida cotidiana en comunidad.

Uno de los desafíos del trabajo durante la internación de una persona en el hospital lo encontramos en poder conciliar la realización de la tarea del equipo de Salud Mental Comunitaria, orientada por una finalidad de inclusión social, con la estructura y dinámica institucional normatizada en la que estamos insertos, orientada esta última por una finalidad reparatoria. Si bien acordamos que las personas internadas por motivos de salud mental requieren de una atención con encuadre, límites y normas y que esto es fundamental en la superación de la aguda crisis, a la vez también consideramos que, para poder recuperarse, en muchas ocasiones es necesario agenciar dispositivos que exceden los marcos regulados en la cotidianeidad hospitalaria. Se trata de personas que en ocasiones requieren salir de la sala, entrar, volver a salir, tomar mate, escuchar música, ver televisión, o permanecer en silencio, recibir visitas fuera del horario normatizado o salir a fumar. Esto suele alterar el esquema institucional y su organización dispuesta para albergar personas cuyos cuerpos permanezcan en reposo y silencio la mayor parte del tiempo.

Estamos, de esta forma, en presencia del choque, por un lado, de los requerimientos institucionales de silencio y reposo y, por otro lado, de los requerimientos de plasticidad en el hacer cotidiano, en la forma de habitar los espacios para recuperar poder. Este desafío requiere de mucho trabajo, y consecuente gasto energético, por parte del equipo de SMC, en la producción de articulaciones y negociaciones con el equipo de salud general. La tensión entre estos dos enfoques, el reparador y el de la inclusión social, es usualmente fuente de profundo malestar en los agentes de la institución hospitalaria.

## **El trabajo en Salud Mental Comunitaria desde una internación**

Pensamos que la siguiente historia es digna de ser contada en cuanto representa una muestra básica de las posibilidades de realización efectiva de una operación sobre la realidad de una política sanitaria orientada por su finalidad de inclusión social. Implicando en ella la complejidad inherente a la cantidad de variables que se encuentran presentes en el campo multiinstitucional de lo comunitario, atravesando series de fenómenos también del campo grupal e institucional. Esperamos que socializarla pueda llegar a ser de algún provecho o humilde estímulo para otras personas que, como nosotros, se avengan a emprender la tarea, desde una pequeña unidad sanitaria, de acompañar a una persona con sufrimiento mental en el camino de recuperar la capacidad de significar y dar sentido a la realidad compartida de la comunidad.

Miguel es una persona oriunda de la provincia de Salta, distante cerca de mil setecientos kilómetros de Río Negro. En el momento en el que lo conocimos, tenía 27 años de edad y residía temporalmente en la localidad por cuestiones laborales, ya que se dedicaba a trabajos rurales. El primer encuentro que tuvimos fue en una tarde de octubre del 2021, en el contexto de la guardia. Miguel se encontraba viviendo una situación de crisis profunda, en estado crepuscular, presentando lapsos breves de interceptación, de los cuales emergía con una intensa actividad motriz. Por momentos presentaba signos catatónicos, además de alteraciones sensorceptivas (alucinaciones visuales y auditivas) y delirio místico.

Al comienzo fue imposible concretar una entrevista con él. Quien aportó información que permitió configurar y comenzar a construir un sentido compartido para la situación fue la persona que lo acompañó a la guardia del hospital. Se trataba de un vecino, quien había estado

compartiendo la vida cotidiana con Miguel desde su llegada a la localidad. Tanto él como Miguel eran peones rurales, desarraigados de su comunidad, que se habían acercado con la esperanza de escaparle un poco a la pobreza. El vecino contó que hacía dos semanas Miguel había comenzado a comportarse “extraño”, presentando dificultades para dormir, con sensación de miedo y de ser perseguido. Asimismo, dijo que Miguel habría estado consumiendo alcohol por varios días, exponiéndose a situaciones de riesgo, con comportamientos que entendimos como auto y heteroagresivos. También comentó que la madre de Miguel se encontraba viajando hacia Lamarque.

Integrando el estado de Miguel y la información aportada por el vecino, se definió el abordaje psicofarmacológico, a partir de una interconsulta de urgencia con el psiquiatra referente zonal. Además, como se cumplían los criterios correspondientes de riesgo cierto e inminente para Miguel, se definió su ingreso involuntario a internación. Fue ubicado en la sala de hombres. La medicación aplicada surtió el efecto esperado en Miguel, quien, a los treinta minutos, ya se había tranquilizado. Llevaba varios días con dificultades para conciliar y mantener el sueño. La medicación le ayudó a conciliar el sueño esquivo y a descansar un poco.

Luego, gracias a la facilitación de los contactos por parte del vecino, pudimos mantener una comunicación telefónica con la hermana de Miguel, que se encontraba en su provincia de origen. Ella nos comentó que Miguel había estado recibiendo tratamiento psiquiátrico en esa localidad. Nos informó que había estado tomando medicación y que había abandonado el tratamiento (farmacológico) para venir a trabajar a Lamarque hacía dos meses.

Una vez atendida y encaminada la urgencia, se informó acerca de la situación de Miguel a las instituciones pertinentes según la legislación vigente: Juzgado de Familia, Órgano de Revisión y Defensoría Oficial. Aproximadamente veinticuatro horas después del ingreso, se pudo mantener una primera entrevista más extensa con Miguel. Se le explicó su

situación de internación en el hospital y que se habían mantenido comunicaciones con sus familiares y su vecino.

Cuando estuvo en condiciones de sostener la mencionada entrevista, Miguel se presentó dispuesto al diálogo. Refirió una historia personal de consumo de alcohol y de alteraciones sensorceptivas, además de confirmar su tratamiento anterior en su provincia. En su relato, contó haber estado en las últimas semanas con lo que objetivamos como alucinaciones auditivas imperativas, con movilización de la conducta (voces y música), y que estas alteraciones perceptivas continuaban en el momento en que estábamos hablando, pero mucho más débiles en su intensidad.

Durante su internación se fueron efectuando varios ajustes y modificaciones en su esquema de medicación. En todo momento, se consideró que se trataba de un trabajador rural, dedicado a tareas que requerían coordinación y fuerza. En este sentido, el esquema debía atender a esto: ser eficaz para lidiar con los delirios y las alteraciones perceptivas, pero a la vez no quitarle el vigor físico y la coordinación necesarios para el desarrollo de su trabajo. Durante la internación también se inició su vacunación contra COVID-19, ya que Miguel no había recibido hasta ese momento ninguna dosis.

La evolución del cuadro fue evaluada por el equipo del SSMC mediante entrevistas, realizadas preferentemente en un ámbito fuera de la sala: primero en el patio del hospital y posteriormente fuera del establecimiento, en el marco de salidas organizadas y acompañadas por miembros del equipo de Salud Mental Comunitaria. Con el transcurrir del tiempo, fueron remitiendo parcialmente los síntomas presentados en el momento de crisis. Miguel estaba más organizado, mejor orientado, y persistían atenuadas algunas alucinaciones auditivas, pero pudiendo discriminarlas como un fenómeno de su experiencia subjetiva personal, diferente a la realidad compartida.

Para el quinto día de internación, la estrategia de internación estaba funcionando, produciendo lo que solemos

llamar una “evolución favorable”. Parte de la mencionada estrategia consistió en salidas progresivas al domicilio de unos conocidos de su familia, donde se alojaba su madre. Las salidas acompañado por efectores de SMC fueron extendiéndose progresivamente, hasta que se acordó con Miguel que permanecería durante el día en el ámbito familiar, acompañado por su madre, y regresaría al hospital a la noche, para dormir allí. Esta rutina se extendió tres días hasta su externación, tras lo cual continuó su tratamiento de modo ambulatorio, con visitas domiciliarias de seguimiento.

Luego de alrededor de una semana de tratamiento ambulatorio, de frecuentes encuentros en los que primó el recurso técnico de visitas domiciliarias, pero también implicó alguna visita de Miguel al SSMC, logró una estabilidad que le permitía el desarrollo habitual de su vida cotidiana. Miguel y su madre decidieron entonces regresar a su provincia natal, con la intención de continuar allí un tratamiento que le permitiera sostener su estado de salud. En función de esta decisión, se buscó y se estableció contacto telefónico con un psiquiatra, efector de un establecimiento de salud de la localidad donde residía Miguel, con quien había estado en tratamiento ambulatorio previamente. A este psiquiatra se le informó de la situación de Miguel y de los acontecimientos recientes, así como de su proyecto de regresar en el corto plazo a su provincia.

Una de las últimas gestiones que se realizaron desde el SSMC fue la de acompañar a Miguel y su madre a establecimientos locales de instituciones del Estado, a fin de conseguir fondos para la compra de pasajes, ya que no contaban con el dinero necesario para retornar a su comunidad.

Se elaboró un informe con el desarrollo de la situación y las intervenciones realizadas que le fue entregado a Miguel, a fin de facilitar el reinicio del abordaje de su situación en su comunidad. A su vez, se le dejó el contacto telefónico del equipo del SSMC, pues Miguel planificaba regresar en futuras temporadas de cosecha a Río Negro.

Desde entonces Miguel continuó en comunicación con el SSMC, comentando, cada tanto y lacónicamente, cómo le va en su tierra vía mensajes de WhatsApp. Ha regresado en otros veranos de cosecha, en los que ha logrado concluir el periodo del arduo, extenso y mal pago trabajo temporario, como otros hombres de su comunidad. Por lo general, unos días antes de venirse hacia Río Negro, nos suele avisar de su viaje y, una vez llegado a la localidad, nos visita en el SSMC para contarnos dónde habrá de trabajar y alojarse, y cómo le va yendo en esto de vivir en general, incluido el padecimiento mental. Una familiarización intencionalmente establecida con el objeto de que el equipo de SMC pueda funcionar como referente.

## Cierre

A lo largo del recorrido presentado, se puso de relieve que el acompañamiento en salud mental orientado por la finalidad de la inclusión social no se reduce a una intervención puntual, sino que constituye un proceso dinámico que requiere ajustes permanentes. La recuperación, para las personas con sufrimientos mentales, de su capacidad de habitar fluidamente distintos espacios institucionales del campo comunitario –familiares, educativos, laborales, de salud, de comercio, de recreación, etc.–, ejerciendo influencia significativa y de sentido en cada uno de ellos, sin quedar fijadas en una sola referencia institucional; es decir, la recuperación del ejercicio de su poder en el ámbito multiinstitucional de la comunidad es lo que entendemos como inclusión social. Creemos que elaborar estrategias de acompañamiento en ese sentido, pertinentes a cada situación personal singular, que sean capaces de promover el poder de cada sujeto para significar la realidad y construir sentido en comunidad (o de encontrar un lugar en el mundo) es un trabajo que exige de un equipo de SMC la admisión del no saber de antemano

qué forma tomarán esas estrategias, con la consiguiente apertura a la creación colectiva. Además, implica una reflexión constante sobre el quehacer cotidiano, y la conciencia clara de la finalidad política de inclusión social que conlleva el respeto por la dignidad e identidad de la persona, orientando toda la tarea. En eso estamos...

## Referencias bibliográficas

Schiappa Pietra, J. (2012). *Teoría comunitaria y dispositivos de inclusión social*. Río Negro: Publifadecs.



# Cuidar cerca de casa: el trabajo con el sufrimiento psíquico en la estepa patagónica

*Hospital Área Programa Adolfo Feintuch,  
Sierra Colorada, provincia de Río Negro*

EMILSE LUIZ

## Introducción

La estepa patagónica impone distancias. Sus habitantes viven en parajes dispersos, y el trabajo en salud mental se enfrenta al desafío de construir y sostener vínculos que permitan intervenir de manera oportuna en estos escenarios. Este capítulo presenta la experiencia del servicio de Salud Mental de un hospital de baja complejidad que, a lo largo de los años, ha desarrollado intervenciones significativas, tanto en el ámbito comunitario como en el contexto de internación en el hospital general.

La experiencia que aquí se comparte se inscribe en el marco del modelo rionegrino de salud mental comunitaria, orientado por una perspectiva de derechos humanos. Este modelo se sostiene en un entramado normativo que incluye las leyes provinciales n.º 2440 (1991) y n.º 5349 (2018), y la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 (2010), que consagran principios de desmanicomialización, inclusión social y atención integral en territorio.

## El hospital

El hospital Dr. Adolfo Feintuch está ubicado en el departamento 9 de Julio, en el centro de la provincia de Río Negro. Es uno de los cinco hospitales de la V Zona Sanitaria, denominada Línea Sur, siendo de dependencia provincial. Específicamente, se ubica en la localidad de Sierra Colorada, ubicada a 490 kilómetros de Viedma y a 390 kilómetros de San Carlos de Bariloche. El hospital lleva el nombre del Dr. Adolfo Feintuch, el primer médico que atendió el nosocomio cuando se fundó, el 11 de septiembre de 1948. Durante los primeros años, se formaron las primeras enfermeras empíricas, mujeres que fueron parte sustancial en la asistencia de la comunidad.

De acuerdo con el Reglamento Área Programa (1986), el hospital presenta un nivel de complejidad III, brinda servicios que incluyen consultas médicas generales, vacunación y educación sanitaria. En este nivel, los centros de salud y los hospitales de área programa ofrecen servicios de salud mental, incluyendo consultas ambulatorias y actividades comunitarias. Este nivel se considera operativo en áreas rurales con malas vías de comunicación, por la necesidad de contar con servicios de internación que puedan solucionar un gran porcentaje de patologías comunes, incluidos los padecimientos mentales en una situación de crisis si fuera necesario.

La estructura edilicia no tuvo grandes modificaciones estructurales a lo largo del tiempo, pero sí ampliaciones y reordenamientos de algunos sectores, como el vacunatorio y el consultorio de kinesiología. Las salas de internación fueron reacondicionadas en el 2021, luego de la pandemia por COVID-19, aunque se conserva el mismo número de camas: cuatro en sala de hombres, tres en sala de mujeres y una única cama en sala individual.

En casos en que se requiera de intervenciones de mayor complejidad que las que puede ofrecer el hospital, se asegura

el traslado al hospital de cabecera Rogelio Cortizo, ubicado a 280 kilómetros, en la localidad de Ingeniero Jacobacci. En su defecto, si la red de derivación presenta obstáculos, los traslados se realizan al hospital Francisco López Lima, ubicado en Fiske Menuco-General Roca a 280 kilómetros. Una de las características más representativas de vivir en la Línea Sur es que lo inhóspito de su geografía convoca a vínculos más cercanos entre sus habitantes, la solidaridad y los efectos-afectos humanos se materializan en encuentros genuinos, donde la pausa y la lejanía del “ruido” de las grandes urbes permiten escuchar y pensar a las personas desde su singularidad.

Según el último censo, el departamento 9 de Julio cuenta con 3719 habitantes (INDEC, 2022), de los cuales corresponden a Sierra Colorada un total de 2000 habitantes aproximadamente, distribuidos en zona urbana y rural. Con los datos relevados de los agentes sanitarios, se puede concluir que 1976 son habitantes de la zona urbana, y el resto de ellos está disperso en zona rural. Las características étnicas de la población son diversas, incluyendo descendientes de árabes y de pueblos originarios (mapuches). Dentro de las actividades productivas de la región, se destaca la ganadería de ovinos, el trabajo en la administración pública (salud, educación, municipio), changas y emprendimientos socio-laborales como la cooperativa de artesanías mapuches.

## La salud mental en el hospital

El servicio de Salud Mental Comunitaria se inauguró en el año 2005, bajo la responsabilidad de la licenciada en Psicología Dionisia Lausada, única trabajadora del servicio durante los primeros seis años. La vacante para su incorporación al equipo de salud fue gestionada en respuesta a varios intentos de suicidio que se cometieron en una localidad vecina a 45 kilómetros. En este sentido, la incorporación de una

psicóloga al equipo de salud buscaba crear el servicio de Salud Mental Comunitaria para llevar a cabo todas las actividades que comprende el programa provincial, incluyendo visitas domiciliarias, actividades grupales, atención en crisis, entre otras.

Llevar a cabo esa diversidad de actividades en soledad era poco viable. Por ello se involucraron otros agentes de salud como enfermeros, agentes sanitarios, médicos, trabajadora social y otras personas del equipo de salud hospitalario que hicieron lugar a las prácticas desmanicomializadoras. Como toda práctica interdisciplinaria, requirió de un proceso de revisión permanente, sostener debates y revisar modos de pensar para transformar el modelo de atención hegemónico. De a poco iba tomando forma este tipo de trabajo, como acción cooperativa de los sujetos (Stolkiner, 2005).

Sin embargo, esta no fue la primera experiencia en salud mental. Con anterioridad, la localidad había recibido atención en salud mental por parte de los “equipos móviles multipropósitos de intervención a distancia”. Dichos equipos, tradicionalmente denominados “patrullas”, constituyeron una estrategia valiosa para sostener actividades de asistencia y acompañamiento de las personas con padecimientos mentales, lo que posibilita el acercamiento del sistema sanitario a aquellos contextos en los que se carece de tales recursos específicos (Ministerio de Salud, provincia de Río Negro, 2025). Esta modalidad tuvo algunos cambios en los treinta años de historia del modelo rionegrino, y actualmente funciona como se describe a continuación. El equipo de salud local recibe al personal médico especialista en salud mental comunitaria o psiquiatra, que concurre desde alguna de las localidades vecinas con hospital de mayor complejidad. Estos profesionales se suman a las actividades programadas de los equipos locales, como, por ejemplo, atención o visita domiciliaria, atención en consultorios, reuniones interinstitucionales, revisión de estrategias terapéuticas y

capacitación del personal médico. Estas son algunas de las actividades destacadas de la “patrulla”, que es otro modo de definir el acompañamiento y la asistencia de las personas con padecimientos mentales y sobre todo a los equipos de salud en territorio. La frecuencia de esta modalidad debería ser por lo menos trimestral, pero, sin embargo, la demanda en otras zonas sanitarias hace que la frecuencia posible sea más espaciada (Lausada, Baffo, 2016).

En 2010, luego del reconocimiento del Hospital Área Programa como institución asociada a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue (ordenanza 0352/03), se dio la apertura de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC). En ese momento desde el programa provincial se evaluó que existían las condiciones para que el hospital fuera sede de esa formación de posgrado. Así, la RISaMC se constituyó en un espacio privilegiado para la transmisión de los principios del modelo rionegrino. La formación de especialistas a partir de la capacitación en servicio permitió y permite el aprendizaje de contenidos y competencias que hacen al modelo de trabajo interdisciplinario y comunitario (Ministerio de Salud, provincia de Río Negro, 2025).

A lo largo de los años, se trabajó con diversos dispositivos, entre ellos los grupales, orientados a personas con problemas de consumo de alcohol y sus familiares, talleres de cocina, emprendimientos sociolaborales, y otras actividades diseñadas con el fin de la inclusión social de las personas con padecimientos mentales. Fueron largos años en que la práctica también se acompañó de la construcción de sentidos, dado que muchas veces fue necesario explicar el rol de un profesional de la psicología haciendo con la comunidad y siendo comunidad. En el recorrido hacia los barrios, surgen los encuentros callejeros y se trazan las coordenadas de una consulta que puede derivar en un turno por consultorio, una visita domiciliaria o inclusive la invitación a algún evento comunitario como una feria. Todas acciones posibles

dentro del campo de la salud mental que busca “ganar referencias sociales” y trabajar la “identidad comunitaria” como hacedores de salud mental (Schiappa Pietra, 2008).

Hacia el año 2019, se incorporó el primer operador en salud mental, una figura reconocida dentro del modelo rionegrino, caracterizada por el conocimiento de su comunidad y los aportes a las estrategias terapéuticas. Su incorporación trajo desafíos, dado que fue necesario construir su rol dentro de la institución hospitalaria y explicar muchas veces esa inespecificidad que acarreamos en el campo de lo comunitario. También tuvimos que enfrentar la confusión que se genera con respecto a la figura del acompañante terapéutico, el operador socioespiritual u otros actores del ámbito comunitario. Para el Programa de Salud Mental Comunitaria (PSMC), el operador en salud mental comunitaria surge en los inicios del proceso de desmanicomialización y brinda un nivel de cuidado promocional-social que puede complementarse con otros cuidados.

En la actualidad, el servicio cuenta con dos trabajadores de planta permanente: operador en Salud Mental y psicóloga. Ambos tienen una dedicación de 44 horas semanales, y llevan a cabo la función de supervisar y acompañar a dos residentes de 3.º y 2.º año de la RISaMC. Algunos de los espacios que actualmente se sostienen desde el equipo de Salud Mental son taller semanal de usuarios, taller de cocina, caminatas saludables, acompañamiento en cuidados personalizados, gestión de trámites, salidas rurales, atención en crisis, atención domiciliaria, reuniones intersectoriales y actividad física integrada.

Además, según la referencia del calendario, se acompañan procesos comunitarios que son parte de la organización sociocultural de la comunidad, como la “semana del estudiante”, con un dispositivo que fue pensado con los aportes de los jóvenes y en respuesta a intoxicaciones leves por la ingesta de sustancias psicoactivas. Así, se creó el espacio denominado “Punto de Rescate” durante las noches de fiesta, que es una intervención que nos llevó a pensar

las adolescencias y la nocturnidad y el modo de acercarnos como equipo de salud a este grupo etario, donde transitan durante las seis noches de fiesta unos cien estudiantes de entre 13 y 18 años. Por supuesto, dicha actividad, como otras que fueron mencionadas, no la desarrollan solamente las cuatro personas del equipo de Salud Mental, sino que se involucra a los 48 trabajadores del hospital local, sumando la participación de cada uno de los servicios y sectores del hospital.

Como en la mayoría de los hospitales de baja complejidad, las guardias médicas son pasivas, y se activan con el llamado telefónico del personal de enfermería que se encuentra veinticuatro horas los 365 días del año. Esto impone la necesidad de una comunicación muy precisa, para que el profesional médico comprenda el tipo de demanda y pueda decidir a su vez si activar o no la guardia de Salud Mental. Una vez que se realiza el llamado, hay un tiempo normado para llegar a realizar la asistencia, que es de veinte minutos. Este tipo de guardias requiere de un flujograma de atención efectivo y de la coordinación del equipo interdisciplinario conformado para decidir la estrategia de atención en la situación de crisis.

Sobre el rol del efector de Salud Mental, José “Pepe” Schiappa Pietra (2008) explica que el miembro de pasiva convocado a una guardia debe integrar todos los saberes intervinientes, entonces se incluye lo que sabe el sufriente sobre su propio padecimiento, los aportes de sus familiares, referentes comunitarios e inclusive el diálogo entre los distintos profesionales presentes, con el objetivo de orientar estrategias que conduzcan a la reinserción social. Algunas intervenciones inmediatas, como las intervenciones psicofarmacológicas, pueden considerarse como intermedias en la estrategia de reinserción social. Por otro lado, la atención de problemáticas complejas involucra varias acciones coordinadas entre los integrantes del equipo de salud, apelando a la interdisciplina (Stolkiner, 1987).

## Internación por Salud Mental en el hospital

Las internaciones en Salud Mental en nuestro hospital se realizan desde el surgimiento del servicio. Tanto la guardia pasiva como el recurso de la internación han dado respuesta, no solo a las necesidades locales, sino también a las de otros hospitales de la zona sanitaria que, en muchos casos, no contaban con servicio de salud mental ni con la infraestructura adecuada. En los primeros años, se hizo evidente la necesidad de diferenciar entre las intervenciones que requerían las personas con padecimientos mentales durante la internación y aquellas correspondientes a internaciones por razones médicas. Esta diferencia implicó revisar las condiciones de cuidado, los permisos, los tiempos y los vínculos, con el objetivo de garantizar una atención integral sin recurrir a prácticas restrictivas ni expulsivas.

Las internaciones se realizan en salas generales, asignando una cama por habitación para las personas internadas por motivos de salud mental. También se cuenta con una habitación individual, que suele utilizarse en casos de internaciones de adolescentes. Cada sala posee un baño amplio de uso común, y existe un único baño con ducha, compartido con el personal hospitalario. Estas habitaciones se ubican en un sector cercano a la cocina. Durante la internación, las personas pueden acceder a otros espacios, como la huerta hospitalaria y un área de estar contigua a un horno de barro, que se aprovecha especialmente cuando el clima lo permite. La organización cotidiana está a cargo del equipo de Enfermería, con la inclusión de un operador en Salud Mental. Para todas las salas, se designa entre uno y dos enfermeros, según la disponibilidad de recurso humano.

El equipo de Salud Mental ingresa a las salas a las 8:00 horas, coincidiendo con el momento del desayuno. Ese primer intercambio del día permite una evaluación cotidiana de la evolución de cada persona, así como la organización de actividades. Estas pueden incluir propuestas grupales dentro o fuera del hospital, salidas con acompañamiento

para realizar trámites o tareas laborales, entre otras acciones. Estas prácticas, orientadas a favorecer la autonomía incluso durante el periodo de internación, han generado en ocasiones resistencias por parte de algunos sectores del equipo de salud o de la comunidad.

Como señala Schiappa Pietra (2008), la internación es un momento del tratamiento y no el tratamiento en sí, por lo que todas las intervenciones durante este periodo están orientadas a la reinserción social. En este marco, se combinan abordajes psicofarmacológicos con entrevistas individuales y actividades grupales, según las características de cada caso. Además, se articula con el área de medicina general y, cuando es necesario, con otras especialidades médicas para abordar comorbilidades físicas.

Preferentemente, se solicita que las personas internadas estén acompañadas por familiares o personas significativas. Las salidas también forman parte del proceso de internación. Se habilitan cuando las condiciones lo permiten, y pueden tener como destino el hogar y su acondicionamiento, la realización de una actividad laboral o recreativa, o trámites personales, siempre con evaluación y acompañamiento del equipo.

En cuanto a la articulación institucional, se destaca el vínculo sostenido con el municipio, especialmente con las áreas de Desarrollo Humano y Articulación Solidaria. Esta relación permite gestionar recursos materiales básicos: alimentos, calefacción, colchones, traslados y acompañamiento en otras gestiones como el acceso a subsidios.

En los casos de internación involuntaria (que han sido muy poco frecuentes, y ninguna ha superado los seis meses), se articula con el Poder Judicial y con el Órgano de Revisión. Estas instituciones intervienen para garantizar el cumplimiento de derechos, recibir notificaciones, evaluar la pertinencia de la internación y realizar el seguimiento de los casos. Esta articulación ha permitido, en algunos casos, revisar prácticas institucionales y fortalecer las condiciones de cuidado. Las instituciones antes mencionadas se

encuentran a más de trescientos kilómetros, y la comunicación es vía telefónica y, en algunos casos, con citación en el juzgado de paz local.

Durante el año 2024, se registraron cuatro internaciones, con un promedio de cinco días de duración. La mayoría correspondió a varones mayores de 40 años, cuyas internaciones estuvieron vinculadas a descompensaciones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, como estrategia para atravesar el malestar físico y emocional del periodo de abstinencia.

Uno de los obstáculos durante la internación es la insuficiente cantidad de recurso humano –es importante recordar que el equipo trabaja en todas las acciones de salud mental comunitaria, y no solo en la internación–, lo que genera tensiones en la atención cotidiana de las personas internadas. Esta limitación afecta la calidad del acompañamiento, especialmente en horarios de menor disponibilidad de personal, y dificulta sostener intervenciones continuas y personalizadas. La infraestructura, a pesar de los mantenimientos realizados, continúa siendo deficiente para las necesidades del dispositivo. Las salas generales y los espacios comunes limitados dificultan garantizar la privacidad, la seguridad y una circulación adecuada para las personas internadas.

## Cuidar sin desarraigar

*Queupu Niyeu* en mapuzungun, lengua originaria mapuche, significa ‘lugar de piedra’. Le dio el nombre al paraje ubicado a 55 kilómetros de Sierra Colorada, un asentamiento que, entrados los años noventa, contaba con cien habitantes y, en la pandemia por COVID-19, contaba con diez, que pocas veces visitaban la zona urbana. Clemente era uno de esos pocos habitantes que solo llegaba al pueblo para cobrar

la jubilación que había conseguido a sus 68 años, peón rural de oficio y de vocación con sentimiento y corazón.

La sequía en la estepa patagónica rionegrina lo había despojado de las pocas ovejas que le quedaban, heredadas de su familia, pero él no se resignaba a dejar el lugar que le había dado sentido a su vida. Durante las rondas rurales que se realizaban desde el hospital, se lo observaba con buen estado de salud, con ciertos “achagues” esperables a su edad, con buena tolerancia a los fríos patagónicos, que, según decía, él casi no sentía, como si tuviese un termostato singular y algo fallado para el resto.

Las distancias en las zonas rurales se miden en leguas en ubicación de este a oeste, y una legua era lo que lo separaba –o bien lo aproximaba– del vecino Prudencio. Por eso sus visitas eran semanales o quincenales, según la época de esquila o la actividad de juntada de animales.

Un mediodía caluroso, Clemente apareció en la casa de Prudencio hablando “incoherencias”, asustado porque los chilenos venían a buscarlo. Según le dijo a su vecino, se lo habían avisado por la radio provincial (la misma que avisaba diariamente a cada hora en punto los avisos al poblador rural) y por eso estaba seguro de que ese día lo vendrían a buscar.

Algo incoherente alertó a Prudencio... Ambos escuchaban la misma radio, y ese día durante la emisión no habían dicho nada sobre matar a nadie. No había amenazas que pudiera reconocer... Prudencio se preguntó: ¿se habría vuelto loco Clemente? Decidió darle la tranquilidad de que en su campo no ingresarían “esos chilenos”, y, aunque no fue fácil contenerlo, con mates y tortas fritas lo logró, hasta la llegada de su único hijo, a quien le pidió que diera aviso (mediante una señal a dos leguas) al hospital local. La comunicación transmitió lo necesario para entender que había que ir hasta el paraje para evaluar la situación, y emprendimos el viaje con un agente sanitario y el chofer.

Para el equipo de salud, la apertura a una escucha culturalmente sensible y situada sobre el malestar de Clemente implicó un tiempo que permitió que comprendiera que estábamos para cuidarlo. Esto fue posible por la confianza que depositó Clemente en el agente sanitario, quien, además de conocer a sus pacientes tanto como la estepa, supo que iba a acceder a trasladarse hasta la guardia del hospital.

La única sobrina de Clemente sabía que su tío había sido trasladado al hospital local y ese mismo día se acercó para conversar sobre su situación con el equipo de salud. Comentó que hacía unos días lo notaba preocupado, algo no lo dejaba descansar y le había alterado el sueño y su alimentación. Al respecto, ella había conjeturado que su estado podría ser efecto de la discusión con un vecino del campo aledaño por culpa del “Corbata”, su perro, que había lastimado a unos animales.

La sobrina no podía explicar la aparición de *rastrós* en su campo, a los que hacía referencia Clemente como prueba de sus temores, y no pudo descartar que fuesen provocados por exploradores contratados por las mineras. Nosotros tampoco descartamos esta posibilidad y, en las salidas rurales, el equipo de salud visibilizó esto como una problemática en el paraje Quepu Niyeu.

La internación, para Clemente, implicó un abandono forzado de su campo, una ruptura de su cotidianidad y, en consecuencia, cierta desorganización subjetiva. A la expresión repetida del miedo de que los chilenos viniesen a matarlo, subyacía descuidar su territorio, su sentido de pertenencia. La internación fue breve, duró tres días. El tiempo suficiente para apagar las voces y reubicar la escucha en aquello que se había presentado como amenaza. Al tercer día de internación, previamente a la evaluación del alta hospitalaria, Clemente quiso acercarse al correo del pueblo para cobrar la jubilación. Lo acompañó su sobrina y, posteriormente, hicieron las compras mensuales para abastecerse.

Ajustar el dispositivo de internación a los pedidos de Clemente fue uno de los trabajos más simples del caso:

vimos que la radio estuviera apagada hasta que sintiera que era momento de encenderla, encontrarse acompañado de su sobrina en las noches mientras dormía y volver a Quepu Niyeu, a pesar de las contradicciones que le generaba a su sobrina. Clemente eligió volver a su campo y seguir habiando su lugar.

La internación de Clemente en nuestro hospital hizo posible sostener e incluso fortalecer el lazo con su sobrina. La distancia a otras instituciones de salud hubiera sido un enorme obstáculo para ello. La necesidad de expresar un malestar anudado al territorio, ante la sospecha y el temor al despojo, además de presentarse como alteraciones sensorceptivas, condujo al equipo de salud a pensar el territorio, la extensión de la ruralidad y sus conflictos.

## Cierre

La internación como último recurso terapéutico se presenta como una medida de contención, un resguardo transitorio, preventivo, con miras a la reinserción social. Tal como se presenta en nuestro hospital, no es un dispositivo acabado ni homogéneo. Está atravesado por la historia del servicio, por los marcos legales que la orientan, por las tensiones entre los ideales de cuidado y las condiciones reales de trabajo, por la geografía del aislamiento, y por la manera singular en que el equipo decide habitar ese hacer en el campo de la salud mental. A veces pareciera que sostenemos lo insostenible y, sin embargo, lo hacemos: con la escucha, con las visitas, con la ternura profesional que nos permite cuidar cerca de casa.

El marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y de la Ley Provincial 2440 nos brinda el horizonte ético-político: el de garantizar derechos, evitar el encierro prolongado, promover la inclusión y pensar lo comunitario como eje. En el hacer cotidiano, esas leyes se traducen en

decisiones concretas: como apagar una radio, permitir una visita, tramitar una internación en la sala de clínica general. El modelo rionegrino, pionero en desmanicomialización, se sostiene en esa tensión constante entre lo ideal y lo posible.

## Referencias bibliográficas

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. INDEC.
- Lausada, D. y Baffo, C. (2016). Singular y colectivo. Reflexiones sobre el trabajo en salud mental comunitaria en Sierra Colorada. En *La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora*. Editorial Kuruf.
- Ministerio de Salud, provincia de Río Negro (2025). Programa de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos.
- Provincia de Río Negro, Ley Provincial 2440 (1991). De promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental.
- Provincia de Río Negro, Ley Provincial 5349 (2018). Regulación del Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental (Ley n.º 26.657). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Schiappa Pietra, J. (2008). *Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental*. Fondo Editorial Rionegrino.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En Elichiry, N. (Comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones desde lo obvio*. Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

# Arriba y al fondo: servicio de Salud Mental Dr. Roberto Berkunsky

*Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet, Ayacucho, provincia de Buenos Aires*

MARÍA INÉS PISCICELLI Y MARÍA EMILIA GALARRAGA

## Introducción

Las internaciones por salud mental en el Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet de la ciudad de Ayacucho, provincia de Buenos Aires, se pusieron en práctica tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). Previo a ello, cuando se presentaban personas con sintomatología aguda en el hospital y se consideraba que existía criterio de internación, se las derivaba al Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, a más de doscientos kilómetros. Las personas eran trasladadas en ambulancia, internadas hasta su estabilización, y luego regresaban a Ayacucho con un plan de tratamiento farmacológico y ambulatorio.

La Ley de Salud Mental obligó a repensar las prácticas, a realizar un trabajo de reestructuración tanto interno, dentro del hospital, como externo, con efectores de la comunidad, reforzando la importancia de trabajar interdisciplinaria e intersectorialmente. Implementar la ley en la comunidad ha sido, y sigue siendo, un enorme desafío y un arduo trabajo, cuyo recorrido sintetizamos en este capítulo.

## El hospital

El Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet se encuentra ubicado en la localidad de Ayacucho, una ciudad del centro-este de la provincia de Buenos Aires. En 1884 se inauguró el Hospital de Ayacucho, antecesor del actual Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet. La localidad de Ayacucho se encuentra a 297 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires, 272 kilómetros de La Plata y 146 kilómetros de Mar del Plata. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022), Ayacucho cuenta con una población de 22.136 habitantes.

La ganadería y la agricultura son los pilares de la economía. La población económicamente activa se distribuye entre el ámbito rural, en la Fábrica de Baterías Mateo y en la administración pública, principalmente en el Municipio, donde se encuentran quienes trabajan como empleados municipales. La población que asiste al hospital se encuentra, principalmente, en el mercado informal del trabajo.

La organización del hospital es por servicios. Además de internación, cuenta con vacunación, laboratorio y consultorios externos. Para la atención ambulatoria, acuden al hospital, además de profesionales de la localidad, otros que asisten semanal, quincenal o mensualmente provenientes de otras ciudades. También se cuenta con *servicio de guardia*, que brinda atención de urgencias las veinticuatro horas del día los siete días de la semana. Consta de una guardia activa de profesionales médicos y enfermeros. El resto de las especialidades realizan guardias pasivas.

Con respecto a quienes requieran de internación, el hospital tiene una disponibilidad de cincuenta camas que se dividen entre los servicios de Clínica Quirúrgica (catorce camas), Maternidad (dieciséis camas) y Clínica Médica (veinte camas). Los dos primeros se ubican en la planta baja, y el tercero, en el primer piso del hospital. En el caso de las personas que requieren de internación por Salud Mental,

se solicita habitación disponible en el servicio de Clínica Quirúrgica o Maternidad, por una cuestión de seguridad, ya que se encuentran en planta baja.

La red de servicios de salud en Ayacucho está compuesta por el Hospital Municipal, los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y los centros provinciales de atención (CPA). Aunque la red pública se focaliza en la atención de personas que solo cuentan con cobertura pública, no es una barrera de acceso el contar con otro tipo de cobertura para recibir atención.

En cuanto a lo edilicio, el hospital se encuentra en buen estado en general, y en los últimos años se han realizado distintas obras para mejorarlo y ampliar distintos sectores.

## **La salud mental en el hospital**

El servicio de Salud Mental Dr. Roberto Berkunsky se ubica en la parte superior del hospital, siendo el horario de atención de 8 a 16 horas. Está “arriba y al fondo”, como se suele indicar cuando alguien pregunta. El servicio se constituyó formalmente en el 2003. En ese momento, la planta de personal estaba compuesta por cuatro psicólogos, una psicopedagoga, una psiquiatra, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. Previo a esta fecha, estos profesionales brindaban atención en consultorios externos de forma disciplinaria, y sin coordinación que posibilitara gestión de recursos y organización del trabajo de manera interdisciplinaria.

Actualmente, el equipo de trabajo está integrado por tres psicólogos de adultos y dos psicólogas infanto-juveniles, tres psicopedagogas, una trabajadora social, dos psiquiatras de adultos, una psiquiatra infanto-juvenil, dos fonoaudiólogas, una terapeuta ocupacional, cinco acompañantes terapéuticos, una enfermera, una administrativa y dos talleristas. El equipo está abocado al acompañamiento de toda la

población del partido de Ayacucho, que abarca ocho localidades. Desde el año 2023, nuestro servicio cuenta con dos psiquiatras de adultos, quienes atienden por consultorio externo de lunes a jueves. Y una psiquiatra infanto-juvenil, quien brinda atención mensualmente. Los tres profesionales viajan desde la ciudad de Mar del Plata.

La jornada laboral de los profesionales del servicio es de cuatro horas diarias, por lo cual el trabajo se organiza de modo tal de garantizar la atención entre las 8 de la mañana y las 4 de la tarde. La modalidad de contratación es heterogénea (planta permanente, contratos temporarios, prestación de servicios), por lo cual es frecuente que se desempeñen también en otros ámbitos laborales.

El equipo interdisciplinario del servicio de Salud Mental brinda atención diaria a la comunidad a través de acompañamientos individuales, los cuales consisten en la atención de la persona usuaria en el espacio de consultorio, desde una lógica clínica de la salud mental en donde se tiene una primera entrevista y un proceso de evaluación y, a partir de este, se acuerda con la persona un plan de tratamiento, siendo necesario el seguimiento por parte de nuestro equipo interdisciplinario, con el fin de evaluar su efectividad.

También se realizan acompañamientos grupales. Contamos con espacios terapéuticos destinados principalmente a niñeces, en donde se agrupan según la franja etaria y el motivo de consulta. Esto se define a partir de una primera entrevista con la familia, la escuela y el niño. Este espacio es brindado por profesionales de psicología infanto-juvenil y tiene como objetivo el acompañamiento en el desarrollo de habilidades sociales, permitiendo conectar con otras niñeces que se encuentran pasando por experiencias similares, de modo de generar así redes de apoyo. También contamos con un grupo de alfabetización que es coordinado por dos de las psicopedagogas de nuestro equipo, con la finalidad de ofrecer una propuesta pedagógica a través de la cual las niñeces puedan desarrollar habilidades de lectura y escritura. Finalmente, ofrecemos una diversidad de talleres

tales como pintura, huerta, teatro y baile, que buscan, desde una perspectiva de salud mental comunitaria, generar lazos sociales entre los participantes, aportando a la inclusión social y erradicación de los estigmas que giran en torno a la salud mental.

Adicionalmente, cada 10 de octubre, se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, realizándose actividades y jornadas destinadas a dar a conocer la ley. Se invita a todas las instituciones de la comunidad con las que se interactúa en el trabajo cotidiano desde el servicio. Se trabaja permanentemente con las diferentes áreas municipales: Secretaría de Salud, Desarrollo Social, Dirección de Juventudes, Servicio Local de Promoción y Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, Dirección de Inclusión, Dirección de Género y Diversidad, Oficina de Empleo Municipal, así como con CPA, instituciones educativas, Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil (CEAT) y otros organismos provinciales, privados y ONG de la comunidad. La ventaja de ser una comunidad chica permite una mayor comunicación y fluidez en algunas intervenciones. A su vez, se han realizado capacitaciones para enfermería y para la comunidad en general, trabajando con los profesionales con quienes se debía interactuar a diario para garantizar el acceso a una atención adecuada y poder brindar un servicio y una asistencia integral.

Finalmente, la población a la que se atiende en el servicio es principalmente la de los barrios periféricos de la ciudad. Suelen ser personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, estando atravesadas por determinantes socioeconómicos tales como el desempleo, el mercado informal del trabajo, la precarización laboral, situaciones agravadas por las desigualdades de género, características étnico-raciales y los estigmas vinculados a los padecimientos de salud mental. En términos macroestructurales, podríamos decir que se encuentran atravesados por los determinantes de la cuestión social, la cual entendemos, siguiendo a Iamamoto (2008, p. 25), como “desigualdades

económicas, políticas y culturales de las clases sociales, mediatizadas por disparidades en las relaciones de género, características étnico-raciales y regionalismo, causando que amplios sectores de la sociedad civil no accedan a los bienes de la sociedad”.

## **Internación por Salud Mental**

Previo a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, las personas con indicación de internación recibían un primer abordaje en nuestro hospital, para después ser derivadas a hospitales psiquiátricos en centros urbanos más grandes de la región (Necochea, Mar del Plata, Tandil).

Actualmente contamos, en el servicio de Clínica Quirúrgica, con dos habitaciones que poseen dos camas cada una, disponibles para personas internadas por Salud Mental. Cabe señalar que este es el único servicio de salud en Ayacucho con disponibilidad de internación por salud mental. Durante las internaciones, las psicólogas, las acompañantes terapéuticas, la trabajadora social, la psiquiatra y los enfermeros son quienes se encargan de realizar el acompañamiento. En el espacio de internación, se brinda una atención intensiva, de seguimiento diario por parte del equipo. Se realizan entrevistas con la persona internada y sus referentes afectivos, se mantienen espacios de escucha y se acuerdan planes terapéuticos y farmacológicos. De ser necesario, se solicita interconsulta con otros profesionales. Las acompañantes terapéuticas realizan salidas y coordinan distintos talleres lúdicos, procurando garantizar la continuidad de actividades recreativas, turnos médicos o compromiso de las personas internadas. En caso de contar con referentes afectivos, son ellos quienes acompañan en las actividades. En ocasiones, se realizan interconsultas en hospitales especializados o derivaciones a estos.

Si bien no contamos con datos oficiales sobre las características de la población que ha requerido de internación, según nuestro registro informal, son en su mayoría mujeres entre 35 y 44 años, y, en el último tiempo, se observa un incremento de internaciones de jóvenes por consumo problemático de sustancias psicoactivas. Las principales problemáticas que se abordan en internación son las llamadas “urgencias”. Entendemos por estas a

toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual que supone un alto grado de padecimiento y ruptura del equilibrio vital, de tal manera que la persona, el entorno y/o el equipo sanitario consideren que requiere atención inmediata (Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, 2022).

Aun así, hay situaciones que el hospital no se encuentra preparado para abordar. Esto se debe a lo edilicio, a la falta de recurso humano y al rol que ocupa en términos políticos y sociales la salud mental. Si bien contamos con un hospital en buen estado general, en donde durante el último tiempo se han realizado distintas obras, no posee una sala acondicionada para las internaciones por salud mental, ni un espacio de guardia apropiado para contener y llevar a cabo la atención a personas con padecimientos subjetivos. Tampoco contamos con una guardia interdisciplinaria, pues solo las psicólogas del servicio realizan esta labor. En ocasiones, tanto en situación de urgencia como también en proceso de internación, una vez que se da intervención a Salud Mental, no hay seguimiento por parte de un médico clínico. Esto genera dificultades ya que los médicos psiquiatras que se desempeñan en el hospital no asisten diariamente a nuestra institución y tampoco residen en nuestra localidad.

Una dificultad que se presenta respecto a las internaciones es la convivencia de dos paradigmas: el tutelar-asilar y el de derechos. Actualmente, se siguen observando discursos biologicistas y prácticas propias del modelo médico

hegemónico (MMH), la idea de peligrosidad cuando se interna por Salud Mental, así como la de incapacidad en la toma de decisiones. En muchas ocasiones, son profesionales de otras áreas quienes insisten con traslados a hospitales especializados y presentan quejas sobre quienes, aun estando internados, realizan actividades fuera del hospital, considerando que deben estar dentro de las habitaciones. Desde hace 14 años en este hospital, el servicio de Salud Mental aboga por la consolidación de prácticas consonantes con el paradigma de derechos y de la inclusión de la salud mental en el campo de la salud (Stolkiner, 2017).

## El usuario impaciente

Federico, un joven de 25 años, permaneció internado ocho meses en el hospital. Durante ese tiempo se implementaron múltiples estrategias terapéuticas. Fue uno de los casos más complejos, que puso en evidencia la falta de recursos, los prejuicios presentes en el sistema y los efectos iatrogénicos de la internación prolongada. Al mismo tiempo, generó tensión entre los equipos de salud, pero también impulsó la creatividad y el uso más eficiente de los recursos disponibles.

Su primera consulta en este servicio de Salud Mental ocurrió en 2013, a los 14 años, por un cuadro de excitación psicomotriz. En 2014 fue derivado al Hospital Psiquiátrico Infanto-Juvenil Tobar García de Buenos Aires, donde permaneció internado con su madre. Allí recibió diagnóstico de discapacidad intelectual y esquizofrenia paranoide. Tras el alta, continuó tratamiento psicológico y psiquiátrico en forma ambulatoria en el Hospital de Ayacucho. Se asignaron acompañantes terapéuticos para él y su madre, y enfermería domiciliaria para administrar medicación a ambos. Luego, tras la separación de sus padres, pasó a vivir con su padre, quien consumía alcohol y cocaína. La convivencia

fue conflictiva y violenta. Federico atravesó varias internaciones en Ayacucho y en el Hospital Neuropsiquiátrico Taraborelli de Necochea.

Se buscaron alternativas de integración sociocomunitaria. Asistió al Centro de Formación e Integración Comunitaria (CEFIC), donde participó en talleres de huerta, música y carpintería, además de fútbol integrado. Sin embargo, en las crisis permanecía internado o en hogares geriátricos.

En febrero de 2024, se presentó espontáneamente en el hospital, angustiado y con ideación persecutoria. Conflictos con su padre y la falta de otro referente familiar hicieron que aceptara la internación. Durante la hospitalización recibió tratamiento farmacológico, seguimiento psiquiátrico y psicológico, y acompañamiento terapéutico con salidas a CEFIC. Se trabajó la idea de vivir fuera de la casa paterna, lo que le generaba ansiedad. Presentó episodios persecutorios hacia el personal y agresividad, con escasa respuesta a la medicación y efectos adversos. La internación comenzó a resultar iatrogénica. Paralelamente, se gestionaron opciones habitacionales con Desarrollo Social. Ingresó a un hogar geriátrico, pero fue expulsado por conflictos con residentes. Regresó al hospital, internado en Clínica Quirúrgica, espacio inadecuado para él. Tras tres meses, sin lograr estabilización, fue derivado al Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea.

Mes y medio después, regresó con indicación de permanecer en Ayacucho, pero se fugaba con frecuencia. En una ocasión volvió herido y con conductas agresivas en la calle y en el hospital, y llegó a amenazar al personal. Se solicitó custodia policial para su contención. La psiquiatra solo concurría lunes y martes, y el personal de enfermería manifestaba miedo e incapacidad para asistirlo. La situación generó un escrito de queja a la dirección del hospital, en que se reclamaba su derivación a un neuropsiquiátrico por el riesgo que representaba.

En julio fue nuevamente derivado a Necochea. Se realizaron reuniones virtuales con el equipo tratante, que

recomendó contención especializada y pensó en una residencia permanente acorde a sus necesidades. Desde Ayacucho se contactó a varios hogares, sin resultados positivos. Ante las dificultades para su externación, se comenzó a trabajar con su padre, en tratamiento en CPA, y con dos hermanas de este. En septiembre se autorizaron salidas de fin de semana, con traslado en ambulancia. Acompañantes terapéuticos supervisaron actividades, el vínculo con su padre y adherencia a la medicación.

En octubre de 2024, obtuvo el alta definitiva. El plan de cuidados incluyó su regreso al domicilio paterno, asistencia al CEFIC por la mañana y al Centro de Día de la Asociación Pro Integración del Discapacitado de Ayacucho (APIDDA) por la tarde. Tres acompañantes terapéuticos se turnaron para acompañarlo en sus actividades, terapias, controles médicos y la administración de medicación, constituyéndose en sus principales referentes.

El caso de Federico muestra las dificultades de implementar la Ley de Salud Mental en situaciones complejas y la tensión que implica la internación en hospitales generales sin recursos adecuados. En este recorrido, algunos caminos se cerraron, pero otros se habilitaron gracias al trabajo colectivo y a la creatividad en el uso de recursos disponibles. Así, se garantizó el ejercicio de sus derechos, promoviendo apoyos para una vida en comunidad sin cortar los lazos familiares, sociales y comunitarios.

## Cierre

La Ley Nacional de Salud Mental vino a consolidar un modelo de atención centrado en la protección de derechos humanos, la desmanicomialización y la inclusión social de las personas con problemáticas de salud mental. De esta forma, las internaciones en hospitales generales son un dispositivo sustitutivo de los manicomios, que promueve

una atención integral de las personas con padecimientos de salud mental, que busca evitar la segregación social, promoviendo prácticas no estigmatizantes y cronificantes. Facilita el contacto con referentes afectivos y comunitarios, y posibilita la atención interdisciplinaria que enriquece el enfoque terapéutico.

Este cambio de paradigma requiere no solo de transformaciones institucionales, sino también de un compromiso en la formación del personal de salud, un presupuesto adecuado y el desarrollo de espacios de atención comunitaria.

Desde la conformación del servicio de Salud Mental, a la fecha, se realizaron varios cambios en lo que respecta a las internaciones. En un principio, nuestro hospital era un “puente” a hospitales monovalentes, y, si bien en primera instancia las internaciones se realizaban en la institución, las personas eran derivadas rápidamente. Actualmente, si bien en algunas situaciones se realizan derivaciones, estas son para evaluación, y los pacientes retornan rápidamente con sugerencias de otros profesionales a nuestra ciudad. Consideramos que la Ley Nacional de Salud Mental nos invitó y nos invita aún a formarnos, especializarnos, problematizar prácticas que aún en nuestro servicio se reproducen, nos interpela y pone permanentemente en cuestión cada uno de nuestros imaginarios sociales. Nos invita a poner el cuerpo en la lucha por los derechos humanos y la justicia social. Si bien en términos presupuestarios falta, y falta mucho, la ley es nuestra principal herramienta a la hora de intervenir.

No obstante, como parte del equipo de Salud Mental del Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet, nos preguntamos: ¿todos los profesionales que trabajamos en el hospital comprendemos la salud y a la salud mental de la misma manera?; ¿se puede llevar a cabo una intervención de forma integral no teniendo una misma idea sobre la salud mental en particular y la salud en general?; ¿se puede intervenir de forma fragmentada sin vulnerar los derechos de las personas? Estos interrogantes son un punto de partida para la problematización de la internación en los hospitales generales.

## Referencias bibliográficas

- Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>.
- Iamamoto, M. (2008). *Serviço Social em tempo de capital fetiche*. São Paulo, Editorial Cortez.
- Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires (2022). Guía de atención en crisis y urgencia por motivo de salud mental y consumo problemático. Recuperado de <https://tinyurl.com/5n6c4rvk>.
- Municipalidad de Ayacucho (s.f.). Cronología histórica Ayacucho. Recuperado de <https://www.ayacucho.gob.ar/?q=la-ciudad>.
- Stolkiner, A. (2017). Salud mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. Diplomatura en Salud Mental y DD. HH., Cohorte 2017. Enclaves, Feduba, UNPAZ.

# **Acerca de las vicisitudes del acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en un hospital general del interior del país**

*Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana,  
San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy*

MARÍA CONSTANZA CASTRILLO

## **Introducción**

Con dedicación buscaré describir, dar elementos para la reflexión sobre los obstáculos en la extenuante actividad del servicio de Salud Mental en un hospital materno-infantil, en el cual cumplí funciones tanto asistenciales como de gestión en dos épocas diferentes de mi vida profesional en la provincia de Jujuy, primero entre 1997 y 2004, y luego entre 2018 y 2024. Aunque desarrollaré el funcionamiento del segundo periodo, es posible que sea una mirada parcial, pero tengo la intención firme de mostrar la ardua tarea de la salud pública en esta materia a través del equipo de un servicio con historia. Sin dejar de remarcar que la problemática específica de salud mental en niños, niñas y adolescentes es de gran complejidad y objeto de vulneración de derechos, y la dificultad de que se cuenta con pocos recursos especializados en el área, no solo en la provincia de Jujuy, sino en todo el país.

También, quiero aclarar que la protección de la salud mental de las infancias y adolescencias es para mí un eje que trasciende lo estrictamente profesional, y por ello este

escrito está teñido por esta implicación. Por otro lado, decir que fue escrito tras dejar las funciones en el servicio por diferentes razones, sobre todo asociadas a dificultades institucionales. Siendo consciente de esta implicación, procuraré realizar una descripción adecuada y cuidadosa de la institución y las personas que la componen. Valga el debate para construir nuevas estrategias.

## El hospital

El Hospital Materno-Infantil Dr. Héctor Quintana, conocido en la región simplemente como “Hospital de Niños”, fue fundado en el año 1960 en el centro de San Salvador de Jujuy, capital jujeña, frente al parque San Martín, el espacio verde más importante de la ciudad. Hasta ese momento, solamente existía en la ciudad un área destinada a pediatría en el Hospital San Roque.

Un Estado, consciente de la necesidad de contar con una mayor y mejor oferta de servicios para la población infantil, junto con especialistas en pediatría con sólida formación en salud pública, decidió la creación del Hospital de Niños, situándolo en el espacio físico que hasta aquel momento correspondía al Hogar para Ancianos y Madres Menores de Edad. Los pacientes pediátricos con hasta quince años fueron trasladados a aquel lugar desde el Hospital San Roque. Así se inauguró el Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana, cuyo nombre es un homenaje a un pediatra jujeño (Fundación Hospital Niños de Jujuy, s.f.).

Hasta el 2007 el hospital funcionó con características de un hospital de segunda generación, de acuerdo con la clasificación de Dal Bo (2001). Bajo una nueva dirección (Dr. Pereira Rosas, director desde 2007 hasta 2011), se produjo un proceso de transformación hacia un hospital de tercera generación, en donde se lo concibe como efector que forma parte de un sistema y es responsable de la atención de la

salud de la población de su área programática, y se organiza internamente bajo la lógica de cuidados progresivos, tendiendo a la reducción de los tiempos de internación (Dal Bo, 2001).

En 2009, se finalizó la edificación de un bloque totalmente nuevo dentro del predio que ocupa el hospital, con cuatro pisos en los cuales se distribuyen áreas administrativas, técnicas, de atención y operativas. La asistencia queda dispuesta en cuatro grandes niveles de cuidados progresivos: emergencia, pediatría ambulatoria, pediatría de mediano riesgo y pediatría de alto riesgo. Se distribuyen en diferentes espacios de la edificación: la atención en consultorios externos, unidad médica de urgencia, unidad de terapia intensiva, unidad de terapia intermedia, sala amarilla, naranja y verde, y hospital de día.

En la actualidad, el estado de las instalaciones es óptimo, debido a lo reciente de su construcción. Sin embargo, la calefacción y el aire acondicionado son aspectos de la infraestructura que generan problemas.

En el año 2015, las maternidades de los otros hospitales fueron trasladadas al antiguo bloque emplazado donde inicialmente estaba el antiguo Hospital de Niños. La edificación fue acondicionada para tal fin. Así, las dos nuevas y grandes edificaciones se encuentran conectadas formando un cuadrilátero, con un espacio verde central que es utilizado para actos y festividades organizados para fechas alusivas.

El financiamiento y la administración son de dependencia provincial. Específicamente, el área de pediatría cuenta con ciento veinte camas. Se ofrece atención por veinte especialidades de la salud, además de servicio de Diagnóstico por Imágenes y Vacunatorio. También se cuenta con una oficina de registro civil y otra del ministerio público fiscal.

Las salas de mediana complejidad (amarilla, verde y naranja) están formadas por cinco habitaciones espaciosas, de ocho camas cada una, divididas en dos alas y unidas por el *office* de enfermería. Cada sala cuenta con dos baños y

roperos para guardar pertenencias de los internados. Los sanitarios de los adultos están alejados. Cada sala también cuenta con un área equipada con sillas y mesas redondas, con juegos y juguetes a disposición y otros materiales didácticos. A su vez, cada sala tiene un equipo docente perteneciente al Ministerio de Educación, que garantiza la continuidad educativa durante la internación.

Finalmente, el hospital cuenta con una oficina de comunicación a distancia, que hace parte de la red nacional de comunicación, la cual permite mantener contacto con el interior y sectores periféricos de la ciudad. Este dispositivo permite que los pacientes puedan ser atendidos de forma remota por especialistas del hospital sin la necesidad de viajar, lo cual garantiza la accesibilidad a la atención.

## **La salud mental en el hospital**

El servicio inició como Unidad de Salud Mental, en 1973, con tres pedagogas practicantes de un terciario y cuatro psicólogas. En 1986, la unidad se constituyó como servicio de Salud Mental.

Desde su inauguración hasta 1999, no se internaban pacientes con patología psiquiátrica. Las urgencias se evaluaban para descartar causa orgánica. Si se descartaba, egresaban de la guardia y volvían a sus hogares sin otra atención. Entre 1999 y 2004, se inició la atención por psiquiatría de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) internados. En ese momento, quien prestaba dicha atención (la autora de este escrito) no pertenecía a la planta del hospital, sino que su lugar de trabajo formal era el hospital neuropsiquiátrico de adultos de la ciudad. El mecanismo de funcionamiento era el siguiente: se informaba telefónicamente al hospital neuropsiquiátrico de la presencia de un caso, y la psiquiatra se trasladaba con autorización del director del hospital. En esa etapa también se gestionó, por iniciativa propia, el realizar

consultas ambulatorias de NNyA en el hospital neuropsiquiátrico una vez por semana.

Entre 2004 y 2014, se detuvo la atención de las interconsultas por psiquiatría. En el año 2014, una médica con interés en formarse en psiquiatría infanto-juvenil se incorporó al servicio de Salud Mental, permaneció allí hasta 2018, dependiendo administrativamente del servicio de Pediatría por solicitud propia. En diciembre del 2018, la autora de este escrito ingresó al servicio de Salud Mental del Hospital Materno-Infantil, tarea asistencial que realizaba de modo simultáneo con la de coordinación de Niñez y Adolescencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia, siendo la única psiquiatra infanto-juvenil del hospital.

Entre 2018 y 2024, el servicio estaba compuesto por seis psicólogas, un administrativo, una persona encargada de la sala de juegos de oncohematología, una operadora socioterapéutica, una técnica en salud comunitaria en adolescencias, y una psiquiatra infanto-juvenil, como se mencionó más arriba. La operadora y la técnica, pertenecientes a la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), fueron recursos incorporados en este periodo, con el objetivo de fortalecer las respuestas del servicio a la compleja y creciente demanda de consumos. Los profesionales que trabajan en el servicio tienen en su gran mayoría una dedicación de treinta horas semanales, y combinan el trabajo en hospital con su práctica privada. Las psicólogas se distribuían en las salas para cubrir las interconsultas.

La autora de este capítulo cubría las interconsultas de pacientes internados, y respondía a la demanda ambulatoria. Las emergencias psiquiátricas se resolvían con la modalidad de guardia pasiva, por lo cual se atendían telefónicamente y se organizaba la derivación, que se definía según el tipo de urgencia y la edad de la persona. Se atendían casos de diversos efectores, por lo cual se daban indicaciones a los pediatras si estaban alejados. También se gestionaban camas, se acompañaba el armado de los dispositivos de atención, se

hacían indicaciones psicofarmacológicas, etc. Asimismo, se realizaban intervenciones telefónicas con personas internadas en otros lugares de la provincia, realizando derivaciones y respaldo a los equipos de forma remota (Ministerio de Salud, provincia de Jujuy, 2016). La asistencia brindada por los profesionales en el servicio se encontraba guiada por diversos protocolos provinciales.

Además, se realizaban articulaciones con otros dispositivos de salud y salud mental, tanto del sector privado como del público. La comunicación intersectorial era primordial para acompañar las situaciones, y se efectuaba fundamentalmente con la Secretaría de Niñez, con juzgados de menores y de familia, y con otros equipos interdisciplinarios de educación y del Ministerio Público Fiscal. Dichas articulaciones se acompañaban de la realización de informes en forma permanente, ocupando esta actividad parte importante de la carga de trabajo.

En 2023, la autora quedó asignada únicamente al área asistencial. Ese mismo año se conformó una guardia pasiva, integrada también por la psiquiatra que había estado de licencia y que, desde 2019, cumplía funciones en un dispositivo ambulatorio de otro hospital. En el área de salud mental, la guardia está a cargo de psicólogas y de una psiquiatra. Las psicólogas cubren la guardia central durante su horario presencial. Además, desde 2023 se implementó una guardia activa los fines de semana, que atiende tanto la guardia central como los requerimientos del área de internación en ese horario.

Rotan por el servicio residentes de tercer año de las Residencias de Psicología Comunitaria y de Psiquiatría. También residentes provenientes de otras zonas y hospitales del país, por ejemplo, el Hospital Infanto-Juvenil C. Tobar García de la Ciudad de Buenos Aires.

Respecto a la disponibilidad de espacio físico, se cuenta con un consultorio modificado que hace las veces de sala de reuniones y de descanso, con dos computadoras para hacer informes y procedimientos administrativos. También

se cuenta con dos consultorios para la atención ambulatoria de psicología y un consultorio para psiquiatría.

Los servicios de salud mental de la provincia dependen de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones, contando con protocolos provinciales específicos: de derivación de pacientes con problemáticas de salud mental (2018) y de atención y prevención de suicidio (2018). Ello se enmarca en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Provincia (2018).

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Para la internación, los NNyA ingresan por diferentes vías: a través del Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) o por demanda espontánea. El SAME cuenta con un servicio prehospitalario de emergencia especializado en salud mental, con psicólogo y enfermero en ambulancia, y trabajador social y psicólogo de respaldo en la base operativa del dispositivo. Un operador telefónico entrenado atiende las llamadas. Se realiza la asistencia en domicilio y, de no resolverse la situación, se gestiona la cama en el dispositivo de internación y el correspondiente traslado. Respecto a la demanda espontánea, esta llega a la guardia central del hospital, a la cual acuden los NNyA con familiares en situaciones de urgencia. En la guardia central, el primer contacto es con pediatría, cuyos profesionales determinan la necesidad de comunicarse con el especialista según la complejidad. Así, se evalúa el caso y se determina la necesidad o no de internación, en cuyo caso se gestiona la cama y se procede al ingreso.

Uno de los obstáculos es que, o bien se rechazaba el ingreso del paciente en la guardia, o se llamaba indiscriminadamente a la psiquiatra infanto-juvenil. Esto se vinculaba con el hecho de que no se terminaba de acordar dentro del equipo del hospital si este era un lugar adecuado para

internar por salud mental. La agitación y muchos cuadros graves hacían dudar a los profesionales, y terminaban por rechazar la demanda.

Otra forma de solicitud de atención del servicio son las interconsultas de NNyA internados por patologías médicas (medicina de enlace) o NNyA con internaciones por trastornos relacionados con la salud mental. Las internaciones por esta lógica progresiva son siempre de pediatría, y la interconsulta es la forma de solicitar la evaluación de los profesionales del servicio de Salud Mental. El pediatra a cargo de la cama (del NNyA) solicita indistintamente y de acuerdo con su criterio la interconsulta, pero lo hace por disciplina, no por servicio. Es decir, puede pedir interconsulta por parte de Psiquiatría y de Psicología.

Las internaciones de NNyA se ingresan según la complejidad a las salas destinadas a tal fin (el hospital se organiza por niveles de complejidad), no habiendo un número delimitado de plazas para NNyA cuyo problema primario es de salud mental. En casos de episodios agudos, desde 2024 se cuenta con una sala específica para su recepción, acondicionada tras un episodio en el cual un niño intentó arrojararse por una ventana desde el segundo piso, en un raptó de alucinaciones y delirios persecutorios y erotomaniacos. Fueron retirados de dicha sala elementos de enfermería accesorios como palos de suero y balanzas, y se modificó la apertura de ventanas (se abrían de arriba abajo) y se colocaron vidrios acordes para evitar grandes lesiones con las roturas. Esta sala cuenta con tres camas, y no es exclusiva para salud mental, pudiéndose utilizar por otras especialidades si no hubiera pacientes con algún riesgo para sí o para terceros.

Es de señalar que, aun siendo la persona internada por patología mental, el médico de cabecera es el pediatra, y Salud Mental interviene por interconsulta. Los motivos de internaciones por Salud Mental más frecuentes son intentos de suicidio, consumo problemático, trastornos de alimentación, episodios de angustia, episodios psicóticos agudos y episodios de agitación en NNyA con diagnóstico de

autismo o trastornos de conducta. Durante la internación, los NNyA reciben atención pediátrica, evaluación de cualquiera de las especialidades, estudios complementarios que ofrece el hospital, evaluación de trabajo social, psicodiagnósticos, abordaje de psicología, evaluación psiquiátrica e indicaciones psicofarmacológicas; además, se les da continuidad educativa a través de la escuela hospitalaria.

El promedio de NNyA ingresados por trastornos relacionados con la salud mental es de aproximadamente siete al mes. El tiempo de internación suele ser inferior a tres semanas y, en los casos de pacientes con problemática social compleja, puede llegar a ser de hasta cuatro meses.

El hospital cuenta con estimuladoras tempranas pertenecientes al Ministerio de Educación. A su vez, la Escuela Hospitalaria funciona desde la década del setenta. En cada sala hay docentes que garantizan la trayectoria educativa de los NNyA internados. Estas actividades se desarrollan en la sala de juegos que se encuentra en cada sector de internación, destinada a actividades lúdicas, recreativas, educativas y disponibles para pacientes y adultos acompañantes.

Como se señaló anteriormente, la articulación intersectorial es central al trabajo. Entre los organismos con los que se trabaja, están la Dirección de Protección de Derechos de NNyA, hogar de niños y niñas, Casa del Adolescente, dispositivos pertenecientes al Ministerio de Desarrollo y el Ministerio de Educación. También se articula con otras áreas del Ministerio de Salud, como los Dispositivos Integrales de Adicciones y el Centro de Rehabilitación Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes (destinado principalmente a autismo y otras patologías crónicas y severas).

## Buscando a Karen

El caso de Karen refleja un caso de coordinación exitosa, tanto a nivel interdisciplinario como intrahospitalario e interinstitucional.

A fines de 2021, Karen había empezado a salir de su casa sin un rumbo determinado, activando todos los circuitos de búsqueda. Con sus diez años, deambulaba sin objetivo, salía de su hogar sin autorización de los adultos a cargo. Terminaba muchas veces en otras localidades, trasladada por adultos. sufría abusos en esos momentos que parecía no registrar como traumáticos, subía a vehículos privados y públicos, era llevada a lugares nocturnos.

La referente de salud mental de la región en la cual vivía la niña pidió turno para evaluación psiquiátrica, previo a lo cual se solicitaron informes escritos de psicología y trabajo social, al tratarse de un turno programado, y a fin de evaluar el abordaje inicial. Con turno programado, la niña asistía a la consulta en compañía de su mamá. Se mostraba tranquila, pero no participaba de la entrevista. La mamá relataba lo que ya se describía en los informes. La familia era originaria de una zona rural de la provincia de Buenos Aires, desde donde se habían trasladado dos años antes, hecho que coincidía con el origen del cuadro. Terminada la primera entrevista, quedó esperando unos minutos en la sala de espera, desde donde otra vez salió sin rumbo. Una vez más, se activaron las alertas a los organismos correspondientes, con la denuncia policial correspondiente.

Karen fue encontrada 72 horas después y llevada a la guardia del hospital, en donde se decidió la internación. Durante esta se iniciaron diferentes esquemas psicofarmacológicos que provocaban efectos secundarios. Karen se mostraba amable en la sala y muy activa. Le gustaba jugar, buscando como compañeros de juego a los más pequeños. Hablaba mucho y se distraía fácilmente del foco. Aunque no se observaron alteraciones de la sensopercepción, la

evaluación clínica del equipo consideraba un diagnóstico presuntivo relacionado con la psicosis.

Durante los días de internación, se tomó contacto permanentemente con los equipos cercanos de su domicilio que habían contenido y debían continuar intervenciones. Muchas veces solicitábamos más información; otras, coordinábamos estrategias para una futura alta. Durante la estadía en una sala de mediana complejidad, no manifestó conductas transgresoras o de oposición. Casi inmutable y sumisa, aceptaba las indicaciones del equipo. De este lugar no intentó “fugarse” nunca. Algo de esta experiencia la organizaba y la contenía. Durante la internación se estableció un buen vínculo terapéutico, que se observaba en que Karen buscaba la proximidad de algunos profesionales cuando estos se acercaban a la sala.

Durante la internación se articuló con diferentes organismos del ámbito de la salud, como así también con otros sectores como Educación y Desarrollo Social. Se pudo establecer articulación con Educación para escolarizar a Karen y trabajar en forma conjunta para conseguir que la trayectoria académica no fuera obstaculizada. Además, se tramitó su Certificado Único de Discapacidad y se la afilió a la obra social provincial.

Tras esta primera internación, tuvo dos internaciones más de similares características. Salía de su casa sin supervisión ni aviso previo, deambulaba algunos días, era encontrada y trasladada al hospital. Luego de las altas de internación, Karen acudía una vez al mes al hospital para realizar el control farmacológico, al cual llegaba de buen ánimo. Durante tales controles de seguimiento, se hicieron presentes alucinaciones visuales. Se descartó una patología orgánica que las originara. Eran estas alucinaciones, en las que veía siluetas y sombras, las que precedían a sus fugas y escapes de su casa. Tras sucesivos ajustes de la medicación, y atendiendo a los efectos que esta generaba, las conductas se fueron espaciando, y las siluetas ya no eran tan claras como al principio. Además de los controles farmacológicos

en el hospital, se había logrado que un equipo ambulatorio cercano a su casa de psicología y trabajo social continuara con el acompañamiento.

## Cierre

Este escrito ha sido un recorte de la historia del servicio, de la dinámica, de los obstáculos y de la realidad de la salud mental infanto-juvenil de una provincia limítrofe. Como autora, ha sido un desafío, atravesado con entusiasmo y por mi propia historia en el servicio. Es un recorrido en épocas donde la salud pública y la formación médica y de residencias quedan en un plano postergado, más aún la salud mental, y la salud mental infanto-juvenil se pierde en un imperceptible punto las decisiones de aquellos que pueden hacerlo.

Considero necesario preguntarse una y otra vez qué y cómo estamos haciendo nuestra tarea, qué nos falta, por dónde empezamos los cambios, cómo los mantenemos. Estas preguntas deben ser puestas sobre la mesa para propiciar el debate cotidiano desde múltiples miradas.

Vaya para los que lean, queden y sigan en la tarea, una mirada.

## Referencias bibliográficas

Dal Bo, L. (2001). Reforma hospitalaria. Recuerdo de algunos proyectos. En [www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-4/reforma-hospitalaria](http://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-4/reforma-hospitalaria).

Entrevista al Dr. A. Pereira Rosas. Videollamada realizada el 26 de enero de 2025.

Entrevista a Lic. Carmen Balut de Alexander. Entrevista personal y presencial el día 29 de julio de 2025.

- Fundación Hospital de Niños de Jujuy (s.f.). Nota sobre la creación del Hospital de Niños de Jujuy en su 57.º aniversario. Fundación Hospital de Niños de Jujuy. <https://www.fhnjujuy.org.ar/nota-sobre-la-creacion-del-hospital-de-ninos-de-jujuy-en-su-57-aniversario>.
- Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (2016). Protocolo de atención y derivación de pacientes con problemáticas de salud mental. Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Gobierno de Jujuy.
- Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (2018). Protocolo para la atención y derivación sanitaria de personas con problemáticas por consumo de pasta base y/o paco. Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Gobierno de Jujuy.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy (2018). Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicida y autolesiva para población general. Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Gobierno de Jujuy.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy (2018). Plan provincial de salud mental y adicciones. Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Gobierno de Jujuy.



# Herencias incómodas: la persistencia de lo manicomial en el hospital general

*Hospital General Santa Rosa, Villaguay,  
provincia de Entre Ríos*

MARÍA LUZ BELTRAME, LAURA CROSA, SONIA VEGA, AGUSTINA  
FERNÁNDEZ, SILVIA FERNÁNDEZ, BETIANA CÓRDOBA JACOBSEN  
Y MÁXIMO MONZÓN

## Introducción

En este escrito presentamos el trabajo que llevamos a cabo desde el servicio de Salud Mental del Hospital Santa Rosa en Villaguay. La atención en salud mental se inició en este hospital en 1985, a partir del cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad. Este hecho marcó un punto de inflexión en la organización local de la atención, en un contexto nacional en el que comenzaban a cuestionarse los dispositivos de encierro y a promoverse modalidades de atención más inclusivas.

El servicio se constituyó como un espacio destinado a la internación de personas adultas con padecimientos mentales graves. A lo largo de su historia, atravesó diferentes etapas y, si bien con el tiempo se incorporaron profesionales de distintas disciplinas y se implementaron estrategias comunitarias y de revinculación social, aún persisten sesgos institucionales propios del antiguo modelo asilar. Nuestro objetivo con este escrito es invitar a reflexionar sobre los desafíos de construir una atención en salud mental basada en valores solidarios y democráticos, que coloque a las

personas usuarias y a la comunidad en el centro de las estrategias de cuidado.

## El hospital

Nuestro hospital cuenta con una historia de casi ochenta años. Inicialmente fue construido como hospital monovalente para pacientes con tuberculosis e inaugurado el 17 de octubre de 1949 con el nombre de Hospital Llanura Dr. Alejandro Raimondi. Progresivamente, fue ampliando los servicios que ofrecía: Geriátría en 1973, y Salud Mental en 1985, por citar algunos (Santa Rosa, s/f). En la actualidad cuenta con servicios de internación de nueve especialidades, incluyendo cirugía. Adicionalmente, cuenta con terapia intensiva de baja complejidad, servicios de Diagnóstico por Laboratorio e Imágenes. Ambulatoriamente se ofrece atención de once especialidades, servicio de Vacunación y Registro Civil. Además de los servicios mencionados, el edificio del hospital también alberga al Centro Provincial de Rehabilitación (CPR).

El hospital ocupa siete manzanas, siendo una construcción de cuatro pisos. Sin embargo, hay áreas que no se encuentran en funcionamiento debido al deterioro producto de la falta de mantenimiento, siendo visibles filtraciones en techo, moho en rincones, paredes y pinturas descascaradas. Específicamente, el área de Salud Mental funciona en el primer piso. Allí se cuenta con una sala de internación específica, y también con consultorios. La internación se organiza por servicios, teniendo en total 124 camas, de las cuales dieciséis corresponden al servicio de Salud Mental.

Desde el año 2016, el hospital depende de la Secretaría de Salud y Acción Social de la provincia de Entre Ríos. El Hospital Santa Rosa es un establecimiento público. La cobertura de la población sin recursos económicos y a la que se le solicita medicación por tratamiento prolongado

de alto costo o estudios que no se ejecuten en el ámbito hospitalario, es gestionada por subsidios ante el Ministerio de Salud de la provincia o por el programa Incluir Salud para los que poseen pensión no contributiva.

La ciudad de Villaguay cuenta con 55.192 habitantes según el censo de 2022 (INDEC, 2023). El hospital atiende la demanda de la población tanto del departamento como de localidades cercanas. Aunque se atiende a algunas personas con cobertura por obra social, la mayoría de la demanda proviene de personas con cobertura pública exclusiva. En su mayoría, la población a la que se asiste pertenece a la zona rural, siendo la actividad económica principal las tareas de campo como desmonte manual, alambrado, leña autogenerada, cría de animales, etc. La población tiene bajo nivel educativo en su mayoría (nivel primario o sin escolarización).

La población atendida proveniente del casco urbano se dedica mayoritariamente a changas de construcción y mantenimiento, jardinería, servicio doméstico o son empleados municipales. En muchos casos, el único ingreso estable proviene de asignaciones o pensiones, por ejemplo, el salario familiar o la asignación por hijo, la pensión por invalidez o de madre de siete hijos. Esta población, tanto rural como suburbana, reside en zonas con ausencia o insuficiencia de servicios básicos (agua, luz, cloacas).

## La salud mental en el hospital

El servicio de Salud Mental del hospital comenzó su labor en el año 1985, tras el cierre del hospital psiquiátrico que funcionaba en Villaguay, en el edificio donde actualmente se encuentra el hogar de ancianos.

Según el relato de una enfermera, vecinos cercanos a esa institución presentaban quejas y denuncias porque algunos pacientes deambulaban por la calle o llegaban hasta la

terminal de ómnibus. Esta situación generaba incomodidad en parte de la población que los discriminaba. Fue entonces cuando el servicio de Psicopatología inició su trabajo en el Hospital Santa Rosa. El asilo de ancianos –como se lo denominaba en ese momento– se dividió en dos sectores: psicopatología y asilo.

En sus primeros años, el servicio del hospital contaba con alrededor de diez pacientes, la mayoría sin familia y con largos periodos de internación. No todos eran oriundos de Villaguay, muchos de ellos eran indocumentados, sin beneficios sociales ni vínculos familiares. En esa etapa, las internaciones eran dispuestas por el médico de guardia, el psiquiatra y el juez. El Juzgado ordenaba el ingreso, pero luego no había seguimiento alguno. El servicio estaba preparado para veintidós pacientes, aunque en ocasiones llegó a alojar veinticuatro. Algunos permanecían acostados en colchones en el piso. La puerta permanecía cerrada con llave, y no se permitía la salida. Respecto al equipo de trabajo, se contaba con un médico psiquiatra y una enfermera por turno. Adicionalmente, una persona sin formación específica desarrollaba tareas de labor-terapia, como por ejemplo actividades manuales y recreativas. El personal de enfermería cumplía además tareas de mucamo.

Con el ingreso de una nueva psiquiatra tras la jubilación del jefe anterior, se produjeron cambios: se incorporaron dos enfermeros, un jefe de enfermería y una terapeuta ocupacional. Los pacientes comenzaron a participar en tareas de limpieza, lavado de platos, cultivo en una huerta en el subsuelo del hospital, manualidades, pintura, salidas a la plaza, un vivero en el solar y talleres de música.

En cuanto a las internaciones, se estableció que no se realizaran sin la presencia de la familia. También se flexibilizaron los horarios de visita, con el objetivo de fomentar la participación familiar. Se implementó un programa de visitas domiciliarias, diseñado por enfermería y presentado al área de Salud Mental de la provincia de Entre Ríos. Este consistía en acompañar al paciente al momento del alta,

verificar sus condiciones de vida y realizar visitas semanales. Se buscaba siempre un familiar o vecino que colaborara, y se llevaba un registro en un cuaderno. Este dispositivo funcionó durante tres años, aunque no todos los enfermeros se sumaron al trabajo comunitario. Al principio se realizaba fuera del horario laboral y luego se reconoció como jornada de trabajo. Cada enfermero lo hacía con los recursos de movilidad de los que disponía (bicicleta, auto o a pie). Para los pacientes de zonas rurales, se utilizaban vehículos particulares.

El trabajo comunitario contó con el acompañamiento del municipio y del juzgado, lo que permitió, entre otras cosas, mejorar las condiciones habitacionales de algunas personas. Con el tiempo, el área social comenzó a involucrarse en la gestión de pensiones, documentación y otros trámites.

Los diagnósticos más frecuentes eran esquizofrenia y retraso mental. En muchos casos, los pacientes eran rechazados por la familia y los vecinos, o habían quedado sin cuidadores tras la muerte de sus padres. Dado que no contaban con beneficios sociales, recibían donaciones de ropa y artículos básicos. Cuando asistían a eventos externos, todos vestían camisetas blancas o naranjas sin identificación, de manera uniforme, al igual que familiares, enfermeras o acompañantes.

En 2016, todos los profesionales del hospital (psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicopedagogos) fueron asignados al servicio de Salud Mental. Esta decisión generó resistencias, tanto por desconocimiento de funciones como por el estigma asociado al servicio, lo que obligó a redefinir roles. El proceso estuvo influenciado por la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Recién a partir de 2019, puede hablarse de un intento más sistemático de trabajo en equipo y de redefinición del servicio, tanto en su nombre como en su forma de intervención. Se reemplazó la categoría de “pacientes” por la de “usuarios”, se comenzaron a elaborar informes dirigidos a

la Justicia para solicitar la concurrencia de familiares y se intentó promover la revinculación. Algunos usuarios participaban en talleres extramuros y realizaban visitas ocasionales a sus familias. Los profesionales comenzaron a acompañarlos en actividades cotidianas, como ir a la peluquería, al supermercado o a comprar ropa.

El servicio de Salud Mental se consolidó de manera interdisciplinaria, incorporando consultorios externos de psicología, con alta demanda de la población de Villaguay y zonas aledañas. En la actualidad se otorgan turnos de admisión los días lunes, martes y miércoles. Se entregan seis turnos por ventanilla, y otros dos o tres quedan reservados para derivaciones judiciales, profesionales o solicitud de establecimientos escolares u otra institución.

Los profesionales tienen horarios rotativos (mañana-tarde) según cada especialista, con una carga de tres o cuatro horas diarias. El equipo cuenta con cinco psicólogos, de los cuales cuatro participan en la guardia pasiva de Salud Mental, de veinticuatro horas, que rota de manera semanal. También realizan seguimiento en consultorios externos y con usuarios del servicio. A su vez, los profesionales del servicio tienen otras inserciones laborales fuera del hospital. En los últimos años, el servicio ha recibido pasantes de nivel secundario interesados en carreras de Psicología, Medicina o Enfermería, así como pasantes de las licenciaturas en Enfermería y Psicología. A lo largo de su historia, el servicio no ha contado con residentes médicos, y en varias ocasiones se han evidenciado las resistencias para trabajar en el servicio.

Actualmente, los recursos terapéuticos incluyen terapia individual, tratamiento farmacológico, entrevistas familiares, abordaje psicopedagógico, visitas domiciliarias y seguimientos telefónicos semanales. Las estrategias terapéuticas pensadas desde el equipo buscan promover la salud mental de la población, con especial atención a los sectores más vulnerables. Se orientan a fortalecer los lazos familiares, sociales, a generar apoyos sociales que faciliten la

resolución de problemas, reforzar la autoestima y favorecer la inserción social.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Las internaciones por Salud Mental en el Hospital Santa Rosa se realizan en una sala específica destinada a tal fin, que cuenta con dieciséis camas y una habitación de contención con baño. En 1985 se llevaron a cabo las primeras internaciones en esta sala, a raíz del cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad, como se mencionó anteriormente.

En los inicios, los pacientes eran internados sin su consentimiento, generalmente por decisión de la familia, la policía o por orden judicial. En muchos casos, estas internaciones derivaban en abandono familiar.

El servicio se ubica en el primer piso del hospital, con acceso por escalera y ascensor. La sala dispone de servicio de Enfermería, cocina, comedor con televisor, área de terapia, sala de estar con televisor, seis habitaciones compartidas (de tres a cuatro camas cada una), una habitación de contención, sanitarios diferenciados para personal y usuarios, vestuarios para personal de limpieza y enfermería, un solárium que conecta las habitaciones, cercado con rejas precarias tipo alambrado. Este solárium funciona como espacio de encuentro donde se comparten mates, cigarrillos y charlas.

Desde 1985 hasta la actualidad, el servicio recibe varones y mujeres adultos. En 2024 se realizaron dieciocho internaciones, con duraciones que variaron entre quince y sesenta días. Las internaciones involuntarias, que suelen extenderse hasta sesenta días, no son las más frecuentes. Es importante señalar que este registro no incluye a las seis personas con internación cronicada, lo que muestra solo un movimiento parcial de camas (diez de las dieciséis disponibles). Las problemáticas más frecuentemente atendidas en

2024 fueron esquizofrenia, depresión, intentos de suicidio y adicciones. Los niveles educativos de las personas usuarias oscilan entre analfabetismo, primaria y secundaria; las ocupaciones incluyeron trabajos rurales, changas, empleos en la administración pública, pensionados con certificados de discapacidad, entre otros.

Las internaciones comienzan con la evaluación en la guardia general, donde el médico realiza una evaluación clínica e interviene conjuntamente con el profesional de guardia de Salud Mental para determinar la necesidad de internación. En la mayoría de los casos, las internaciones son voluntarias. La internación involuntaria se evalúa en función de la existencia del riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros. En estos casos, se notifica al Juzgado de Familia y al Órgano de Revisión.

El equipo de internación está compuesto por diez enfermeros de planta, dos psiquiatras (uno de planta), cinco psicólogos (tres de planta), un trabajador social de planta, dos psicopedagogos (uno suplente) y un terapeuta ocupacional (suplente).

La atención durante la internación se centra en la estabilización farmacológica, pero también en la dimensión vincular, social y familiar. Al estar inserto en un hospital general, se intenta trabajar desde la integralidad, solicitando evaluación de otras especialidades médicas si fuera necesario (odontología, oftalmología, podología, cardiología, infectología).

En el transcurso de la internación, se aplican estrategias graduales como permisos de salida durante el día (acompañados por familiares o cuidador abonado por la familia) o estadías breves en el hogar (de un día a dos), para luego regresar al hospital. Debe señalarse que aquellas personas que aún no poseen el alta deben asistir diariamente a tomar la medicación, hasta tanto se evalúe su cuadro y se dé el alta hospitalaria.

El desafío principal es la revinculación familiar. Para ello se promueven visitas a las familias, salidas transitorias

y un taller para familiares, que se dicta los jueves por la mañana a cargo de dos psicólogos.

Se realizan entrevistas con usuarios, familias y organismos intervinientes para informar sobre la situación actual del usuario y coordinar un plan de trabajo previo al proceso de externación. Dentro de este marco, se desarrollan talleres de ejercicio físico, psicomotricidad y concentración. Tales talleres se realizan junto con el centro de rehabilitación.

### **Carentes de las miradas de otros. Una historia de vida**

Magalí, de 28 años, llegó al hospital en 2019 por sobreingesta de alcohol, situaciones de abuso e intentos de suicidio. Sus ingresos repetidos mostraban un patrón claro: una profunda vulnerabilidad, consumo problemático y la ausencia casi total de sostén familiar. A menudo aparecía en la guardia alcoholizada, golpeada, desbordada, pidiendo ayuda y buscando desesperadamente ser escuchada.

Entre julio y noviembre de 2024, atravesó dos internaciones en el servicio de Salud Mental. En ambas, el equipo identificó la misma lógica: Magalí iniciaba tratamientos, pero rápidamente los abandonaba; expresaba deseos de mejorar, pero recaía ante mínimos cambios. La demanda afectiva hacia su familia y hacia el equipo era intensa, insistente, a veces inapropiada, y aparecía también en forma de mensajes constantes, reclamos y pedidos desmedidos.

La complejidad del caso obligó a un trabajo interdisciplinario continuo. Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y psicopedagogos discutieron estrategias para acompañarla. Se realizaron entrevistas con su familia, citada incluso por Defensoría. Allí se evidenció un entorno disfuncional, que pedía su internación permanente, pero no ofrecía sostén real ni compromiso con el tratamiento. Magalí ocupaba entonces un lugar de desvalimiento: necesitaba ser vista, querida, cuidada.

Durante la internación se implementaron múltiples intervenciones: límites al uso del celular por apuestas *online*, organización de rutinas, contención emocional y la búsqueda de alternativas para su consumo. También se intentó derivarla a un centro de rehabilitación y promover su reinserción laboral mediante tareas de acompañamiento a otros usuarios del servicio, donde mostró empatía e iniciativa.

El equipo trabajó para correrla de ese lugar pasivo en el que se percibía incapaz, intentando que pudiera apropiarse de su tratamiento y sostener espacios terapéuticos. Sin embargo, sus avances eran frágiles, y las recaídas, frecuentes.

Tras su externación, Magalí tuvo un hijo y expresó no sentirse capaz de cuidarlo sola. Volvió a la guardia alcoholicada, angustiada y temerosa de perder a su bebé. El equipo evaluó que su maternidad requería acompañamiento cercano y reforzó las intervenciones para ayudarla a vincularse de forma más saludable y proteger al niño frente a sus conductas de riesgo.

El caso de Magalí refleja un recorrido marcado por la vulnerabilidad extrema, la falta de sostén familiar y la demanda constante de afecto, que exigió un abordaje integral y sostenido por parte de todo el equipo de Salud Mental.

## Cierre

En nuestro trabajo en el servicio de Salud Mental del Hospital Santa Rosa de Villaguay, observamos que la mayoría de las demandas de atención que recibimos expresan la pérdida de lazos sociales, la marginación y la exclusión. Pese al desarrollo de intervenciones que van más allá de los límites de la institución y que buscan incluir a las familias, nuestras estrategias continúan siendo fragmentadas e insuficientes.

Nuestro horizonte de trabajo es promover un marco de atención comunitario y participativo. Para que ello sea posible, es necesario continuar desarmando el hospital psiquiátrico tradicional que sigue estando en el núcleo duro de nuestra sala de internación.

Por ello, aunque el servicio de Salud Mental se encuentra emplazado dentro de un hospital general, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, aún conserva en su estructura y funcionamiento prácticas propias de las instituciones monovalentes.

## Referencias bibliográficas

- Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2023). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Resultados definitivos*. INDEC. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>.
- Santa Rosa (s/f). Historia. Disponible en <http://hospitalsantrosa.com.ar/historia.htm>.



# La articulación intersectorial y su necesidad para la garantía en la continuidad de cuidados

*Hospital Distrital Dr. Miguel Lombardich,  
Puerto San Julián, provincia de Santa Cruz*

ALEJANDRINA ANA PÁEZ

## Introducción

Este escrito tiene como objetivo relatar prácticas de internación por razones de salud mental en un hospital general, en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 (Congreso de la Nación Argentina, 2010). Dicho marco legal y paradigmático obligó a buscar propuestas de abordaje y alternativas tanto dentro del hospital como en el territorio local, evitando las derivaciones a hospitales neuropsiquiátricos o a otras localidades.

En este proceso de desinstitucionalización, se hace evidente la complejidad del territorio, que exige trabajar en una dinámica de transformación de saberes y prácticas en interacción con otros, en un camino de deconstrucción del paradigma manicomial (Trimboli, 2019; Morin, 1997) o de institucionalización (Stolkiner, 2021). Es en diálogo con distintos agentes y actores sociales, cuyas subjetividades entran en juego, donde el campo se redimensiona, ampliando el abordaje hacia la dimensión social bajo el paradigma de la salud mental comunitaria.

La Ley de Salud Mental, en parte, ha sido percibida como “arbitraria” debido a los cuestionamientos y desafíos

que plantea: exige abordajes interdisciplinarios, prácticas intersectoriales, la incorporación de una perspectiva de derechos humanos, y disputa sentidos comunes o performatividades previas sobre las características de las personas con problemáticas de salud mental, dónde deben ser alojadas y cómo deben ser tratadas (Butler, 2007). Muchas veces, estas exigencias o recomendaciones son interpretadas como un “exceso de derechos” con relación al campo de la salud mental. Se produce un mecanismo de diferenciación naturalizado entre el “paciente psiquiátrico” (una denominación común referida a los pacientes internados por razones de salud mental) y los “pacientes internados” por otras razones clínicas, con la lógica de “los que legítimamente son pacientes para el hospital” y “los que no deberían ser pacientes para el hospital”. Lo que se busca señalar es que el abordaje en salud mental enfrenta desafíos y tensiones vinculados a la validación social de la ley.

## El hospital

El hospital distrital Dr. Miguel Lombardich se fundó en el año 1990 y en el año 2005 se realizó una ampliación por el aporte de la minera Cerro Vanguardia, de la empresa global AngloGold Ashanti (con sede en Sudáfrica), como parte de las inversiones sociales que la empresa minera realizó sobre la base de su responsabilidad social empresarial.

En Puerto San Julián, localidad en la que se ubica el hospital, se encuentra gran parte de los recursos administrativos provinciales y nacionales. El hospital es el único referente de salud local que depende del orden provincial. Puerto San Julián es referente en la zona centro de la provincia de Santa Cruz, una localidad que se caracteriza por un desarrollo económico ligado a la minería, a la producción pesquera, agropecuaria y al turismo, con una dependencia del empleo formal mayormente estatal (local,

provincial y nacional). El hospital atiende población con todas las coberturas: al sector público con *carnet* hospitalario, a obras sociales o a particulares. Mayormente, se atiende población perteneciente a la Caja de Servicios de Salud Provincial (propia de la administración pública) y quienes poseen *carnet* hospitalario.

El edificio del hospital es un piso único, con buen estado de conservación de paredes, pisos y techos, pero con deterioro en el sistema de agua, puntualmente con problemas en los desagües. Muchas de las refacciones requeridas se encuentran pausadas por cuestiones presupuestarias, siendo insuficiente el espacio físico en todos los sectores.

Actualmente, el hospital cuenta con veintiséis camas, distribuidas en habitaciones de una o dos camas. Estas se agrupan en seis sectores, siendo Salud Mental uno de ellos. Adicionalmente, se cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En caso de ser necesario, los pacientes son derivados al Hospital Regional de Río Gallegos, a 350 kilómetros.

## La salud mental en el hospital

Antes de 2010, los profesionales psicólogos y psiquiatras trabajaban de manera individual, pero, a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), se resignificó el trabajo y se reconfiguró como servicio de Salud Mental. Este cambio vino de la mano de la instauración de procesos de democratización dentro de las relaciones entre profesiones y de la construcción interdisciplinaria de abordajes con perspectiva de derechos. El horizonte propuesto fue el de la salud mental comunitaria, que implica abordajes en lo comunitario (no solo la atención individual), la vida en la comunidad (no el encierro) y el trabajo intersectorial y territorial (Trimboli, *op. cit.*). Entre las transformaciones concretas en este hospital, se pasó en lo

administrativo a denominar al “paciente psiquiátrico” como “paciente de Salud Mental”, se favorece o legitima la mutua escucha en términos de la construcción desde el eje de la interdisciplina, se pone en valor el consentimiento informado y se les da mayor control de legalidad a las internaciones involuntarias.

En cuanto a su organización, el servicio de Salud Mental cuenta para 2025 con una jefatura a cargo de una trabajadora social (autora de este escrito), cuatro licenciadas en Psicología, una psicopedagoga incorporada recientemente, un médico psiquiatra de planta incorporado en agosto del 2020 y otros dos médicos psiquiatras itinerantes recientemente incorporados, cada uno cubriendo siete días por mes. Adicionalmente, se cuenta con un secretario administrativo. Solo dos psicólogas y un médico psiquiatra tienen contrato *full time* (144 horas mensuales). El resto del equipo tiene contrato de tiempo parcial (120 horas mensuales), por lo cual es común un segundo empleo. El servicio no es sede de residencias, y tampoco se reciben residentes externos.

El servicio atiende la demanda interna y externa de salud mental y adicciones, contando con el dispositivo de internación, que se activa con ingresos desde la guardia y de consultorio externo. A su vez, se responden pedidos de interconsulta, atención a la demanda, a la emergencia y abordajes de alcance grupal y comunitario. También se cuenta con guardias pasivas de veinticuatro horas por parte del equipo interdisciplinario, las cuales se activan por los médicos de guardia al identificar casos de urgencia que requieren abordaje por parte del servicio de Salud Mental. En estos casos, los médicos se comunican telefónicamente y allí se activa el equipo interdisciplinario de guardia (trabajadora social, psicóloga y médico psiquiatra).

Se atiende a personas de todas las edades, aunque, para el manejo de psiquiatría infanto-juvenil, las familias deben viajar a otras localidades para su atención. Actualmente, la totalidad de las camas del hospital (26) están disponibles para la demanda en Salud Mental, pero se suelen reservar

tres habitaciones para las internaciones por Salud Mental. Dos de dichas habitaciones tienen dos camas, baño privado y espacio suficiente para acompañamiento. Otra es la habitación 26, única con rejas en la ventana, la cual se destina a pacientes privados de la libertad o pacientes que presentan desafíos para el piso y para los enfermeros.

En la atención ambulatoria por Salud Mental, se trabaja con el criterio de continuidad de cuidados. A su vez, el equipo de salud mental ha participado en la conformación de otros equipos interdisciplinarios, tales como el Consultorio Inclusivo, Oncología, Otorrinolaringología, Consejería Sexual y Reproductiva, Nutrición y Preparación Integral para la Maternidad.

A su vez, se desarrollan intervenciones grupales orientadas a problemáticas prevalentes en la comunidad, las cuales se llevan a cabo en el Centro de Día Mar de Telares. Entre los temas trabajados, se incluyen duelos, depresión, suicidio, consumo problemático y ansiedad. El Centro de Día fue creado en 2022 a partir de un proyecto impulsado por el servicio de Salud Mental, con ejes prioritarios en la atención integral a los usuarios. Allí participan personas que requieren tratamientos prolongados, así como niñas, niños y adolescentes, en un dispositivo que promueve el cuidado integral, la articulación intersectorial y la inclusión social. Sus líneas de acción contemplan grupos terapéuticos para el abordaje de padecimientos prevalentes (duelos, consumo problemático, trastornos del espectro autista, entre otros), actividades específicas para infancia y adolescencia, y un dispositivo de inclusión sociolaboral, que aspira a brindar apoyo en capacitación y acceso al empleo.

Dentro de las actividades grupales, se destaca además un espacio de encuentro coordinado por el médico psiquiatra en el Auditorio del Hospital, en el que participan tanto usuarios internados como aquellos en tratamiento ambulatorio.

En relación con el abordaje territorial, cabe destacar el Programa de Situaciones Especiales, implementado como

política pública de cuidado en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Ambiente, 2015). Este programa contempla distintas figuras de acompañamiento: operador individual, operador grupal y tallerista. Actualmente, contamos con veinticinco operadores individuales que desarrollan su tarea tanto durante la internación como en el ámbito ambulatorio, incluyendo la administración asistida de medicación desde una perspectiva territorial. La experiencia muestra que la incorporación de operadores en casos de padecimientos severos favorece la continuidad del tratamiento, reduce las recaídas y disminuye los conflictos familiares asociados al estrés que implica la atención individual, especialmente en adolescentes.

En el marco de propuestas interdisciplinarias, las talleristas –en su mayoría docentes (profesoras de enseñanza primaria, secundaria y de escuelas especiales provinciales, así como un profesor de Educación Física del municipio)– desarrollan actividades en espacios de creatividad, escritura, arte y prácticas corporales, acompañadas por psicólogas y una trabajadora social. Las operadoras grupales, por su parte, conforman dispositivos de apoyo para el desarrollo de actividades grupales y comunitarias. Actualmente, se encuentran en funcionamiento doce talleres.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Previo a la sanción y entrada en vigor de la Ley Nacional de Salud Mental, las internaciones de pacientes que ingresaban por guardia con cuadros de excitación psicomotriz, consumo problemático o por ser considerados “pacientes difíciles” se resolvían mediante el uso de la llamada “habitación 26” (año 2016). Este espacio contaba con rejas en la puerta y en la ventana, que se cerraban con llave al ingresar el paciente, en el marco de una internación involuntaria con su control de legalidad. Una vez disminuido el riesgo,

se iban flexibilizando las medidas, por ejemplo, dejando la puerta abierta. Su utilización no generaba conflicto institucional, pues era considerada una práctica “normal”.

En 2016, como parte de la implementación de la Ley 26.657 por el Ministerio de Salud y Ambiente, se incorporaron nuevos profesionales al equipo interdisciplinario (una trabajadora social –quien suscribe– y una médica psiquiatra como jefa del servicio). Esto permitió comenzar a cuestionar la naturalización del uso de la habitación 26. Aunque la mayoría de los profesionales la consideraba un “reaseguro” para la seguridad de pacientes y terceros, el debate abrió la posibilidad de transformar las prácticas. La habitación dejó de utilizarse en 2017 y, tras tres años sin uso, en 2020 se retiraron las rejas y se convirtió en una habitación común.

Este cambio fue posible gracias a varios factores de apoyo: el seguimiento provincial de los servicios de Salud Mental en el marco del convenio entre el Ministerio Público Fiscal y la Asociación Civil Enclaves, Salud Mental y Derechos Humanos; y el trabajo articulado con el Órgano de Revisión provincial y nacional, que incluyó las Jornadas de Trabajo en Río Gallegos (2015), donde se debatieron las Recomendaciones y Guía de Buenas Prácticas en Materia de Capacidad Jurídica y Determinación de Apoyos. Estos procesos enmarcaron al servicio con mayor claridad en el paradigma de derechos humanos.

Actualmente, las internaciones se implementan conforme a la Ley 26.657, como recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo cuando aportan mayores beneficios que otras alternativas en el entorno familiar, comunitario o social. El 90 % de las internaciones dura menos de quince días, con motivos frecuentes como depresión aguda, crisis de ansiedad, psicosis y consumo problemático con excitación psicomotriz, auto o heteroagresividad e intentos o ideación suicida. Los pacientes suelen tener entre 15 y 40 años.

El equipo que realiza los seguimientos diarios es el mismo que determina la internación: psicólogos de guardia

pasiva, trabajadora social y médicos psiquiatras del hospital o itinerantes. El abordaje parte de la singularidad de cada caso, considerando dimensiones subjetivas, familiares y sociales. En situaciones de alto riesgo para sí o para terceros, puede requerirse apoyo policial. El seguimiento clínico se centra en los indicadores que motivaron la internación (por ejemplo, ideas suicidas persistentes o síntomas psicóticos productivos) y en la valoración de los factores sociales y familiares. Según la necesidad, se articulan dispositivos intersectoriales, políticas públicas o un trabajo focalizado con la familia.

Las internaciones –voluntarias o involuntarias– incluyen abordajes psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, clínicos globales (con interconsultas a otras especialidades) y estrategias psicosociales, como articulación con otros efectores, trabajo con la familia, salidas programadas o actividades con operadoras de Salud Mental en el marco del Programa de Situaciones Especiales. El alta se decide en equipo interdisciplinario y siempre implica continuidad en el tratamiento ambulatorio, con estrategias psicosociales y articulación comunitaria (grupos de apoyo, talleres municipales o privados, por ejemplo, gimnasios). Desde el servicio de Salud Mental, se gestionan además diversos trámites para garantizar derechos y autonomía: Certificado Único de Discapacidad, Certificado Médico Obligatorio, pensión por discapacidad, Documento Nacional de Identidad, entre otros.

Durante la internación, especialmente en casos de consumo problemático, se observa la necesidad de diversificar la oferta terapéutica con talleres individuales y grupales dentro o fuera del hospital. Estas actividades, centradas en aspectos motivacionales, buscan fortalecer habilidades laborales y generar ingresos al alta. Como espacio motivacional, los viernes a las 18 horas funciona el grupo de encuentro Resiliencia, coordinado por el médico psiquiatra, donde participan usuarios internados y ambulatorios.

Finalmente, cabe señalar que el área de internación requiere mejoras edilicias para adecuarse al paradigma de la ley: espacios comunes confortables, áreas para la grupalidad, condiciones para acompañantes (al menos sillones), patios interiores habitables, medidas de seguridad compatibles con la vida cotidiana (ventanas al patio en lugar de la calle, enchufes protegidos, timbre de llamada a enfermería) y condiciones de conectividad. En la implementación de la ley, debió haberse considerado también esta dimensión material de los hospitales generales, aunque estas carencias se vinculan a las limitaciones en la infraestructura hospitalaria.

### **Lo que no debe ocurrir: internaciones prolongadas**

Un nudo crítico actual en la implementación de la Ley 26.657 se presenta en los casos de personas internadas por motivos de salud mental con diagnósticos severos, que carecen de apoyos familiares o sociales y tampoco cuentan con recursos económicos. Esta situación genera internaciones que superan ampliamente los tiempos esperados. Frente a ello, las intervenciones se orientan a notificar a las autoridades del Ministerio de Salud y Ambiente, solicitar apoyos y salvaguardas a la Defensoría y al Órgano de Revisión, así como gestionar soluciones habitacionales en mesas intersectoriales locales provinciales o con el sector a nivel nacional de Desarrollo Social. Sin embargo, en estos casos suelen evidenciarse fallas estructurales del sistema, no solo en las articulaciones locales intersectoriales, sino también en las interministeriales, que deberían estar garantizadas para efectivizar el alta hospitalaria. Cabe destacar que, durante la pandemia por COVID-19, dichas articulaciones, habitualmente problemáticas, pudieron construirse, demostrando que la intersectorialidad local y jurisdiccional es posible y no una utopía.

A continuación, presentamos dos situaciones paradigmáticas de internaciones prolongadas en nuestra localidad, que ilustran la carencia de dispositivos intermedios.

El primer caso es el de Valentín, la última persona internada en la habitación 26. En 2017, por oficio del juzgado local, permaneció allí un mes hasta que su familia logró incluirlo en un hogar permanente en Buenos Aires, sostenido por su obra social. La falta de respuestas generó gran angustia y tensión tanto en su familia como en el equipo profesional del hospital. El abordaje interdisciplinario e intersectorial, acompañado por operadoras de Salud Mental, se desarrolló en un clima conflictivo y de alta complejidad, comparable a una “cirugía de riesgo”, dada la necesidad de cuidar simultáneamente la vulnerabilidad del paciente y la seguridad institucional.

El segundo caso es el de Lionel, un paciente de más de 50 años que ingresó por guardia tras una descompensación psicótica, sin trabajo, en situación de calle y rechazado por su familia. Si bien se notificó a la Defensoría y al Órgano de Revisión y se solicitó una solución habitacional, durante casi un año no se obtuvo respuesta. En ese periodo, Lionel atravesó una infección intrahospitalaria por COVID-19 que lo llevó a la UTI con riesgo de vida. Finalmente, la fiscalía local intervino y gestionó su inclusión en un hogar mixto de ancianos municipal, considerando la necesidad de continuidad clínica y de rehabilitación. Sin embargo, tras recibir el alta de dicho hogar, volvió a quedar en situación de calle; mediante un llamado a la guardia, se constató su estado de deshidratación y desnutrición, recaída que motivó una nueva internación. El ciclo se repitió, lo cual evidenció nuevamente la falta de dispositivos intermedios.

## Cierre

Para que las internaciones por Salud Mental en hospitales generales respondan a lo previsto en la Ley Nacional de Salud Mental, resulta indispensable fortalecer las redes comunitarias y desarrollar dispositivos intermedios fuera del ámbito hospitalario. Estos deben estar consolidados y disponibles al momento del alta, ofreciendo una dinámica asistencial más favorecedora, con instancias de integración social, monitoreo permanente, intervenciones múltiples y distintos grados de apoyo que acompañen las actividades de la vida cotidiana. De lo contrario, el proceso de cronificación –que justamente la ley busca revertir– continuará reproduciéndose ahora en los hospitales generales, generando un deterioro progresivo en la salud mental y física de las personas. Ello, además, conduce a atribuir a la Ley de Salud Mental problemas que en realidad corresponden a otras dimensiones de articulación del sistema.

El trabajo intersectorial constituye la clave para avanzar en la implementación de la ley. La desarticulación entre distintos niveles de gestión lo complejiza y retrasa, aunque la experiencia de la pandemia demostró que la coordinación es posible: ¿por qué no sostenerla también en el presente?

## Referencias bibliográficas

- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.
- Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-170480>.
- Ministerio Público de la Defensa (MPD) (2025). Santa Cruz: el ORN participó de las primeras jornadas provinciales del órgano de revisión local “Perspectivas de derecho

en salud mental”. Disponible en <https://tinyurl.com/3exuspa>.

Ministerio Público Fiscal y Asociación Civil Enclaves (2018). Salud Mental y Derechos Humanos celebraron la firma del Convenio Marco de Cooperación para el trabajo conjunto en la elaboración, desarrollo y seguimiento de políticas públicas para la Salud Mental en tanto Derecho Humano. En <https://tinyurl.com/msbknpub>.

Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo* (E. R. Ciurana, Ed.). Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico.

Poder Judicial, Provincia de Santa Cruz (2016) aprueba la *Guía de buenas prácticas y pautas mínimas de actuación en las internaciones para los servicios de salud mental*.

Poder Judicial, provincia de Santa Cruz (2015). Guía de Buenas Prácticas en procesos de Externación Sustentable. En <https://tinyurl.com/mac3uxyv>.

Provincia de Santa Cruz, Ministerio de Salud y Ambiente, Programa de Situaciones Especiales, Expediente No. 962.695/2015.

Trimboli, A. (2019). *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos* (1.ª ed.). Noveduc.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental* (1.ª ed.). Noveduc.

### **III. Avances y retos en la integración de la salud mental en el hospital general (2010-2024)**





Hospital Eleazar Herrera Motta. Chilecito, La Rioja.



Hospital 4 de Junio Dr. Ramón Carrillo. Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco.



Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe.

# Introducción

ALBERTO VELZI DIAZ Y NATALIA DELMONTE

En este último apartado del libro, se incluyen once capítulos que relatan experiencias desarrolladas en hospitales de Santa Fe, La Rioja, San Juan, Neuquén, Catamarca, provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 2010 se ubica como momento de inicio de este periodo, identificando la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 como un hito histórico que fundamenta diversas transformaciones en la atención por salud mental en el país.

Los capítulos que siguen describen experiencias de creación de servicios de Salud Mental o de incorporación de internaciones en hospitales tras la sanción de la Ley 26.657, así como procesos de adaptación en hospitales generales de larga trayectoria. La transformación de la atención en salud mental constituye el eje común de este apartado. No obstante, las experiencias muestran las diversas formas en que el cambio de paradigma se materializa según las características de cada contexto, aportando al conocimiento de la implementación de la ley en distintas provincias.

## **Crisis socioeconómicas, movimientos sociales y derechos humanos**

Este periodo estuvo marcado desde el inicio por transformaciones profundas y tensiones globales en un contexto de crisis socioeconómica, acompañado por cambios políticos significativos y un fuerte impulso de los movimientos sociales. Un rasgo central fue la tensión entre el debilitamiento

de los servicios públicos –resultado de procesos de privatización y políticas de austeridad– y el resurgimiento de demandas por sistemas de salud universales y basados en derechos humanos.

Las crisis globales, como la Gran Recesión de 2008, generaron severos impactos económicos en numerosos países: caída del producto bruto interno, aumento del desempleo y crecientes dificultades para afrontar la deuda pública. El sector salud no quedó al margen. La reducción del gasto estatal impulsó políticas de austeridad con recortes presupuestarios, disminución de personal, congelamiento de salarios y avances en privatización. En algunos países, la población debió asumir mayores costos de bolsillo para acceder a la atención. Estos procesos se tradujeron en un deterioro posterior tanto de la calidad como del acceso a los servicios de salud (Quaglio *et al.*, 2013; Doetsch *et al.*, 2023).

Sin embargo, la crisis también actuó como catalizador para promover reformas necesarias en los sistemas sanitarios, entre ellas el fortalecimiento de la atención primaria y la reducción de internaciones inapropiadas. Este momento histórico evidenció la importancia de orientar las decisiones en salud según las necesidades y particularidades de cada contexto (Quaglio *et al.*, 2013).

Paralelamente, los movimientos sociales cobraron renovada fuerza en demanda de mayor equidad y ampliación de derechos. En América Latina esto se expresó en la llamada “marea rosa” (2000-2015), periodo en el que la mayoría de los países fueron gobernados por fuerzas progresistas. El proceso emergió en un contexto de luchas sociales y agotamiento del modelo neoliberal previo, e implicó mayores niveles de intervención estatal y la recuperación de su capacidad para definir políticas públicas, lo cual reabrió el debate sobre su papel en la transformación social (Magaña García, 2019; Bonnet, 2022).

En Argentina, este periodo estuvo acompañado por la sanción de diversas leyes que plasmaron en normativas que fueron conquistas históricas de los movimientos sociales.

Estas leyes marcaron un cambio de paradigma en materia de derechos humanos, ampliando derechos en áreas como salud sexual y reproductiva, identidad de género, protección integral ante la violencia de género, matrimonio igualitario y derechos de niños, niñas y adolescentes. También implicaron un cambio sustancial en el campo de la salud mental.

### **Hacia un paradigma de inclusión en la salud mental global**

Hacia 2010 se observaba un impulso claro y sostenido en las políticas de salud mental a nivel mundial. Este avance se apoyaba en múltiples contribuciones que aportaban fundamentos conceptuales y evidencias empíricas para consolidar el campo. Entre ellas, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) había mostrado vínculos robustos entre los padecimientos mentales y las desigualdades sociales –particularmente la pobreza, las violencias, las inequidades de género y los contextos de conflicto o desastre– (OMS, 2009).

A la par, las investigaciones epidemiológicas transnacionales y el indicador de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evidenciaron el fuerte impacto de los problemas de salud mental. Trastornos como la depresión, los consumos problemáticos y las psicosis se ubicaron entre las principales causas de carga global por su alta prevalencia, cronicidad, inicio temprano y aporte a la mortalidad. Asimismo, se consolidó evidencia sobre la estrecha relación entre salud física y mental, que agrava los desenlaces en ambos campos. Este reconocimiento llevó a la OMS a afirmar que “no hay salud sin salud mental” (Prince *et al.*, 2007).

También fueron relevantes los estudios que demostraron la costoefectividad de intervenciones farmacológicas y psicosociales en países de ingresos bajos y medios (Patel

*et al.*, 2007), así como aquellos que documentaron las persistentes violaciones de derechos humanos hacia personas con diagnósticos psiquiátricos en diversos contextos, tanto comunitarios como institucionales (Drew *et al.*, 2011). Para algunos referentes globales, esta situación constituía un verdadero “fracaso de la humanidad” (Kleinman, 2009, p. 603).

En este escenario, las políticas internacionales de salud mental buscaban retomar y profundizar las directrices planteadas veinte años antes por la Declaración de Caracas (OPS, 1990). A su vez, la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006) en 2008 reforzó principios compartidos con la agenda de salud mental: respeto por la dignidad, autonomía y libertad de decisión; no discriminación; participación plena e inclusión comunitaria; igualdad de oportunidades; y accesibilidad universal. La CDPD también impulsaba un cambio de paradigma: del modelo tutelar hacia el modelo social de la discapacidad, centrado en los derechos humanos.

En este marco, la inclusión de la discapacidad psicosocial dentro de la CDPD abrió debates sustantivos en el campo técnico y jurídico. La convención establecía, entre otros principios, que las personas con discapacidad debían participar plenamente en la sociedad y vivir en comunidad, y no en instituciones segregadas. La elaboración misma de la CDPD estuvo profundamente influida por la participación activa de personas con discapacidad –incluyendo personas con discapacidad psicosocial y activistas autodenominados “sobrevivientes de la psiquiatría”–, lo que transformó las formas tradicionales de diseñar políticas y marcos legales (Lord, Suozzi y Taylor, 2010).

Hacia finales de la primera década del siglo XXI, la promoción de los derechos humanos (DD. HH.) se consolidó como eje central de la agenda global. El objetivo era reducir la enorme brecha de tratamiento –estimada entre el 75 % y el 90 %– y asegurar que cualquier expansión de servicios respetara estándares de DD. HH. (OMS, 2010). Para abordar

esta brecha, la OMS lanzó la Guía mhGAP (2010), orientada a ampliar el acceso a la atención, especialmente desde la atención primaria, mediante recomendaciones prácticas basadas en evidencia para trabajadores no especializados en contextos de bajos y medianos ingresos.

En la misma línea, la OMS publicó en 2012 la guía *QualityRights*, destinada a apoyar reformas de servicios mediante herramientas concretas para evaluar y mejorar la calidad de la atención. Su objetivo era garantizar que las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas recibieran apoyos y prestaciones respetuosas de su dignidad, autonomía y derechos (OMS, 2012).

Finalmente, en 2013 la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030* (OMS, 2013), orientado a fortalecer de manera sostenida las políticas de salud mental en todo el mundo. Según el *Atlas de Salud Mental 2024*, el 81 % de los países encuestados contaban con una política o plan de salud mental, y el 72 %, con legislación específica en la materia (WHO, 2025).

## Nuevos tiempos para la salud mental en Argentina

En Argentina, el estallido social de 2001 impactó también en el campo de la salud mental. Desde 2002, los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos organizados por la Asociación Madres de Plaza de Mayo se consolidaron como un espacio clave de encuentro y debate, reuniendo cada año a actores sociales, políticos y académicos, incluidas organizaciones de derechos humanos, trabajadores, estudiantes y las primeras asociaciones de usuarios y familiares de servicios de salud mental (Faraone y Barcala, 2020).

En 2007, el informe *Vidas arrasadas*, elaborado por el CELS y MDRI, denunció graves violaciones a los derechos humanos de unas 25.000 personas internadas en

instituciones psiquiátricas del país, incluyendo condiciones iatrogénicas, falta de higiene y atención inadecuada. El documento reforzó la necesidad de una Ley Nacional de Salud Mental, en un contexto en el que ya existían proyectos parlamentarios y un escenario internacional favorable al avance de normativas basadas en derechos humanos.

El proceso parlamentario que culminaría en diciembre de 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657 se había iniciado en 2006, con un proyecto presentado por las diputadas De Brasi (Autodeterminación y Libertad) y Monti (Partido Justicialista), al que se sumó en 2007 otro presentado por Gorbacz, Méndez y Ríos (Partido ARI). Finalmente, en 2009 se presentó un proyecto actualizado y más consensuado, encabezado nuevamente por Gorbacz junto con diputados de distintos bloques, que resultó el aprobado (Faraone, 2012).

En 2009, el proyecto generó nuevos debates en ambas Cámaras, como en 2007-2008, involucrando asociaciones profesionales, organismos de derechos humanos, universidades y entidades nacionales e internacionales del campo de la salud mental. Se evidenciaron disputas, tensiones y consensos, especialmente sobre la jefatura de los servicios, las instituciones responsables de internaciones y altas, y la capacidad de los hospitales generales para realizar internaciones por salud mental (Scévola *et al.*, 2025).

En relación con los hospitales generales, una parte de los expositores afirmaba que no reunían las condiciones necesarias para llevar adelante internaciones: señalaban falta de capacitación del personal y ausencia de adecuaciones edilicias que garantizaran la seguridad de las personas internadas. También advertían sobre el riesgo de trasladar a los hospitales generales un problema típico de las instituciones psiquiátricas: las internaciones prolongadas. Algunos opositores sostenían que las internaciones de mayor duración correspondían a problemáticas de salud mental (Cámara de Senadores de la Nación, 2009, 2010).

El traslado de las internaciones por salud mental a hospitales generales implicó reformas estructurales, capacitación e inversión. Se propuso crear salas específicas, aunque experiencias previas y posteriores a la ley evidenciaron ventajas de integrar las internaciones en áreas generales. Tal es el caso de la experiencia del *Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía (CABA)*, incluida en este apartado.

Otro eje de fuerte debate fue el carácter interdisciplinario del proyecto de ley. Desde sectores cercanos a la medicina, se rechazaba que la internación debiera ser evaluada por dos profesionales del equipo de salud –uno psicólogo o psiquiatra y otro de una disciplina afín–, argumentando la responsabilidad legal del médico en la decisión de internar (Cámara de Senadores de la Nación, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b). Varias de las experiencias incluidas en este apartado dan cuenta del trabajo interdisciplinario, como las del *Hospital Interzonal San Juan Bautista y el Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz (Catamarca)*, el *Hospital Penna (Bahía Blanca)* y el *Hospital Eleazar Herrera Motta (La Rioja)*.

En línea con las transformaciones internacionales, el proyecto de ley impulsó una atención centrada en la persona y el respeto de los derechos humanos, promoviendo alternativas a la internación y dispositivos comunitarios como hospitales de día y comunidades terapéuticas. La reforma estructural e institucional del sistema fue un eje central del debate. Experiencias como el Hospital Dr. Ventura Lloveras, el área de internación del Hospital San Juan Bautista en Catamarca y los hospitales organizados bajo el modelo de cuidados progresivos –como el Nuevo Hospital J. B. Iturraspe (Santa Fe) y el Hospital Dr. Horacio Heller (Neuquén)– reflejan estos cambios, integrando las internaciones en salas generales según necesidades de cuidado (Ministerio de Salud, 2021).

Mientras estos debates avanzaban, y con el proyecto ya aprobado en Diputados a fines de 2009, en abril de 2010 el Poder Ejecutivo transformó la Unidad Ejecutora de Salud

Mental del Ministerio de Salud en la Dirección Nacional de Salud Mental, que pasó a ser la autoridad de aplicación tras la promulgación de la ley.

A fines de 2010, Argentina contaba con una Ley Nacional de Salud Mental: una ley de orden público, de carácter obligatorio para todas las jurisdicciones, basada en el paradigma de derechos humanos, que incorpora la voz de usuarios y familiares en todas las instancias de atención, prohíbe la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y establece su sustitución progresiva por una red de servicios comunitarios organizada bajo la estrategia de atención primaria, y crea un Órgano de Revisión autónomo para monitorear su cumplimiento, compuesto en partes iguales por organismos estatales y organizaciones de la sociedad civil.

En 2013 se reglamentó la ley (Decreto 603/2013) y se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, que fijó metas como censar a las personas internadas en instituciones monovalentes, externar al 60 % de quienes llevaban más de dos años internados, cerrar estos hospitales en 2020 y destinar el 10 % del presupuesto a salud mental. Para 2025, solo se cumplió el censo (2019): registró más de 12.000 personas internadas, con un promedio de 12,5 años de permanencia en el sector público; más del 60 %, sin consentimiento informado, y 37,2 %, internadas por motivos sociales o habitacionales (Ministerio de Salud, 2019).

## **La pandemia de COVID-19 y sus efectos**

La pandemia de COVID-19 (2019-2023) reactivó la preocupación por la salud mental y evidenció su histórica subinversión. Según la OMS (2022), en el primer año, la ansiedad y la depresión aumentaron un 25 % a nivel mundial, y afectaban especialmente a mujeres y jóvenes. En estos últimos crecieron el riesgo de suicidio y las autolesiones, vinculados

a la ruptura de rutinas, el aislamiento, el temor al contagio y las dificultades económicas.

Además del impacto emocional, la pandemia alteró profundamente la disponibilidad de servicios. Un relevamiento de la OMS sobre la prestación de servicios esenciales mostró que los más afectados fueron los de salud mental (OMS, 2021). Investigaciones posteriores documentaron la reducción, la postergación o el acortamiento de turnos ambulatorios; restricciones en ingresos por urgencias; disminución de la atención presencial; y la rápida implementación de modalidades de atención digital (Agrest *et al.*, 2021; Chiesa *et al.*, 2021; Rains *et al.*, 2021; Ardila *et al.*, 2023).

Las personas internadas también atravesaron cambios significativos. Al inicio de la pandemia, se suspendieron todas las actividades grupales, las salidas y las visitas familiares (Rains *et al.*, 2021; Ardila *et al.*, 2023). En algunos casos se otorgaron altas anticipadas o se trasladó a pacientes a instituciones privadas (Clemente-Suárez *et al.*, 2021; Rains *et al.*, 2021).

Con el avance de la vacunación, la situación comenzó a mejorar, pero, hacia el final del periodo pandémico, persistía una brecha de atención considerable, tanto para quienes ya tenían padecimientos previos como para quienes los desarrollaron durante la crisis (OMS, 2022). Como señaló el director de la OPS durante la presentación del Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19, “la salud mental de la población de las Américas se ha visto gravemente afectada” (OPS, 2023).

En los hospitales, la pandemia puso en evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura y revisar los dispositivos de atención ante emergencias. En algunos casos, las adecuaciones edilicias quedaron de forma permanente. Por ejemplo, en el *Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz (Catamarca)*, el sector de aislamiento creado entonces sigue utilizándose para situaciones que requieren medidas similares. Asimismo, la

pandemia fortaleció la legitimidad de los equipos de salud mental, convocados a intervenir con respecto no solo a personas afectadas por el virus, sino también a la comunidad, los trabajadores y las autoridades, como ocurrió en el *Hospital Municipal Ignacio Pirovano de General Arenales*.

Las acciones impulsadas durante la pandemia para responder a la urgencia permitieron, además, profundizar la construcción de redes y avanzar hacia una mayor integración del sistema de salud. Un ejemplo de ello es el *Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022–2027* de la provincia de Buenos Aires, cuyo objetivo central es integrar la salud mental en los hospitales generales. Este proceso sirvió de impulso para desarrollar servicios de internación en hospitales donde antes no existían, como el *Hospital General de Agudos Dr. Alberto Eurnekian* (Buenos Aires).

## Transformaciones en marcha

A quince años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657, las transformaciones en el sistema de salud, para brindar una atención por salud mental cumpliendo con los objetivos allí propuestos, continúan en proceso. Entre tales objetivos se encuentra la integración de la salud mental en los hospitales generales, garantizando el cumplimiento de los derechos de las personas y la mejor calidad de atención posible. Para ello se vuelve primordial la necesidad de revisar tanto las estructuras de los hospitales como las prácticas que allí se desarrollan.

Los capítulos de este apartado describen algunas de las experiencias llevadas a cabo durante los últimos años a lo largo del país que dan cuenta de las diversas formas que puede tomar el cambio de paradigma. Estos relatos permiten reflexionar sobre los avances conseguidos y abrir

nuevos debates sobre los desafíos que se han ido presentando a través del tiempo y continúan vigentes.

## Referencias bibliográficas

- Ardila-Gómez, S., Fernández, M., Matkovich, A., Rosales, M., Alonso, R., Agrest, M., Paternina, J., & Velzi Díaz, A. (2023). Repercussions of COVID-19 on psychiatric inpatient care in Latin America and the Caribbean. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 58-64. En <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.05.005>.
- Bonnet, A. (2022). El Estado en la marea rosa latinoamericana: Algunas consideraciones generales. *Argumentos. Estudios Críticos de la Sociedad*, (98), 93-110. En <https://doi.org/10.24275/uamxoc-dcsh/argumentos/202298-04>.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) & Mental Disability Rights International (MDRI) (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (1.ª ed.). Siglo XXI Editores. Disponible en [https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf).
- Chiesa, V., Antony, G., Wismar, M., & Rechel, B. (2021). COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures—a systematic review of systematic reviews. *Journal of Public Health* (Oxford, England), 43(3), e462-e481. En <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab102>.
- Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Doetsch, J. N., Schlösser, C., Barros, H., Shaw, D., Krafft, T. & Pilot, E. (2023). A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union:

- rethinking austerity for the most vulnerable. *International Journal for Equity in Health*, 22(3). En <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01806-1>.
- Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., Pathare, S., Lewis, O., Gostin, L., & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* (London, England), 378(9803), 1664-1675. En [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X).
- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4). Disponible en [https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08\\_Faraone.pdf](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf).
- Faraone, S., & Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Editorial Teseo.
- Kleinman A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *Lancet* (London, England), 374(9690), 603-604. En [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61510-5).
- Lord, J. E., Suozzi, D., & Taylor, A. L. (2010). Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38(3), 564-579. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00512.x>.
- Magaña García, C. (2019). Un balance de las agendas sociales latinoamericanas, las mujeres y los gobiernos progresistas. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(19), 157-167. En <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588661549009>.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas

- por Motivos de Salud Mental: Informe Ejecutivo. En <https://tinyurl.com/yjrvu8ck>.
- Ministerio de Salud (2021). Directrices Organización y Funcionamiento de Internación. En <https://tinyurl.com/584seut2>.
- OMS (2010). mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). World Health Organization.
- OMS (2012). WHO quality rights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Disponible en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/67a98f95-b316-4076-afe7-68a1846eb45c/content>.
- OMS (2021). Third round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
- OMS (2022). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Disponible en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be34dcb2-7272-4b86-97b7-c00b70cdeb37/content>.
- ONU, Asamblea General (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- ONU (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- OPS (1990). *Declaración de Caracas*. Organización Mundial de la Salud.
- OPS (2023). *La salud mental debe ocupar un lugar prioritario en la agenda política tras la pandemia de COVID-19: Nuevo*

- informe de la OPS. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <https://tinyurl.com/yjz9mr9m>.
- OPS (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf)
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G., & Van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* (London, England), 370(9591), 991-1005. En [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9).
- Patel, V., Collins, P. Y., Copeland, J., Kakuma, R., Katonoka, S., Lamichhane, J., Naik, S., & Skeen, S. (2011). The movement for global mental health. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 198(2), 88-90. En <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074518>.
- Piérola, M. D., & Rodríguez Chatruc, M. (2020). *Migrants in Latin America: Disparities in Health Status and in Access to Healthcare*. En <https://doi.org/10.18235/0002432>.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet* (London, England), 370(9590), 859-877. En [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0).
- Quaglio, G. L., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E. & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy*, 113(1-2), 13-19. En <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>.
- Scévola, M. L., Hagman, G., Cantero, A. L., Stafforini, N. A., Azrilevich, A. L., Rosales, M., & Ardila-Gómez, S. (2025). Caracterización de los egresos por salud mental en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante

el periodo 2018-2023. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria*, 36(168, abr.-jun.), 15-26. En <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.830>.

- Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Lever Taylor, B., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Oram, S., Morant, N., Simpson, A., & COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 13-24. En <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>.
- Steinert, C., Steinert, T., Flammer, E., & Jaeger, S. (2016). Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 166. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0862-1>.
- World Health Organization (2025). *Mental Health Atlas 2024*. Ginebra.



# **Trabajando sobre lo posible en la internación por Salud Mental en un hospital general sin sala específica**

*Hospital General de Agudos Dr. José María  
Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

**MARÍA LAURA SCÉVOLA, GABRIEL HAGMAN, ALDANA LORENA CANTERO  
Y LUCÍA BONIFACIO**

## **Introducción**

En el presente capítulo, nos proponemos transmitir y reflexionar respecto de la modalidad de atención que, como equipo interdisciplinario de salud mental, llevamos adelante en el dispositivo de internación del Hospital Ramos Mejía. Teniendo en cuenta que nuestra particularidad es la internación en salas no especializadas en salud mental, desarrollaremos los desafíos y obstáculos que se nos presentan a diario. Comenzaremos desarrollando el funcionamiento y la estructura del hospital en general. Luego compartiremos ejemplos a fin de dar cuenta de nuestra modalidad de abordaje con aquellos sujetos cuyo nivel de padecimiento es tal que, en una primera instancia, solo pueden abordarse desde una internación por Salud Mental.

## El hospital

El Hospital Ramos Mejía tiene sus orígenes en un lazareto provisional inaugurado en 1868 para hacer frente a la epidemia de cólera. Formalmente, el Hospital San Roque, como se lo denominó inicialmente, fue inaugurado en 1883. Posteriormente, en 1914, tras el fallecimiento del Dr. José María Ramos Mejía, quien tuvo un rol fundamental en su desarrollo y dirección, el hospital fue rebautizado en su honor, nombre que conserva hasta la actualidad (Agüero, 1996; Alonso y Nasimbera, 2018).

Este hospital tiene dependencia municipal y se encuentra ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, específicamente en el barrio de Balvanera. Esta zona de la ciudad se caracteriza por su alta densidad poblacional, contando con aproximadamente 196.240 habitantes en una superficie de 6,4 km<sup>2</sup>. La zona se destaca por su actividad comercial y su gran concentración de servicios.

El hospital ofrece servicios de 33 especialidades de la salud, servicios diagnósticos, de guardia, de internación y de consultorios externos. Al ser un hospital escuela asociado a la Universidad de Buenos Aires, cuenta con espacios dedicados a la docencia, como aulas, bibliotecas y salas de reuniones para actividades académicas e investigación. En comparación con otros hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires, tiene áreas de internación con las que no cuentan los otros. Lo más característico es que son salas muy grandes, y algunas salas de internación están muy poco ocupadas en la actualidad, porque ha cambiado mucho la modalidad terapéutica.

Respecto a la internación, las camas se organizan en servicios, por especialidades. Incluye además un servicio social. En lo que respecta a la estructura edilicia, tradicionalmente, los hospitales construidos entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX se organizaban en pabellones separados para diferentes especialidades. El Ramos

Mejía conserva algunos de estos pabellones históricos que se encuentran distribuidos por un patio central, lo que permite una gran ventilación natural. Tiene pasillos que se conectan a un patio central y ventanas de los dos lados de las salas, conectando diferentes áreas para facilitar la circulación de pacientes y personal. Es un hospital con salas de varias camas, pero con poca intimidad.

Al ser un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, atiende principalmente a la población que reside en la ciudad o transita por ella y que no cuenta con otra cobertura. Atiende todos los grupos etarios, desde niños hasta adultos mayores, tanto en urgencias como en consultas programadas. Dado que se encuentra en un área céntrica y bien comunicada, es accesible para personas de diversos barrios y con diferentes niveles socioeconómicos. Su población incluye personas con diferentes niveles de ingresos y acceso a la educación. La composición por nacionalidad probablemente refleja la diversidad de la población de la Ciudad de Buenos Aires, incluyendo tanto argentinos como personas de países limítrofes y otros orígenes.

## **La salud mental en el hospital**

Previo a los años setenta, existía un pequeño servicio de Salud Mental que fue cerrado durante la última dictadura cívico-militar. Nuevamente en democracia, reabrió el servicio con un médico psiquiatra a cargo, hasta su jubilación. Luego, asumieron la jefatura dos médicas endocrinólogas que tenían formación en psicoanálisis y ejercían en el hospital. Posteriormente, se sumaron otros profesionales, entre ellos un médico clínico que después se especializó en psiquiatría, quien es actualmente jefe del servicio. A los profesionales de planta, se les sumaron desde 1997 residentes. En dicho año se trasladó la residencia de psicología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica a hacer base en el Ramos

Mejía. En el año 2000, se sumó a dicho espacio la formación de psiquiatras, lo que constituyó la primera camada de residencia interdisciplinaria de profesionales de medicina y psicología (Fernández, Ballesteros, Bruno *et al.*, 2007).

Para 2025, el servicio cuenta con atención por consultorios externos en psicología y psiquiatría para niños, adolescentes y adultos. Dentro de la atención ambulatoria, el servicio cuenta con distintas áreas. Una de ellas es el área de admisión y orientación, que se lleva adelante con dos psicólogos. Luego, un área de evaluación psicodiagnóstica que realiza una psicóloga. Las demandas de los juzgados que requieren atención familiar o grupal son atendidas por uno de los psicólogos. El servicio también cuenta con dos enfermeros que participan de la asistencia eventual de pacientes en consultorios externos o en sala de internación y en el armado de talleres para la comunidad. Las propuestas de los talleres han ido variando a lo largo de los años (*crochet*, fotografía, escritura, grupo de prevención de las adicciones, etc.) dado que su continuidad y permanencia se ve perjudicada por la rotación del personal que los sostiene y la informalidad con la que se organizan y desarrollan.

Asimismo, existe un equipo de planta (psicólogo y psiquiatra) para el dispositivo de interconsulta de pacientes internados en el hospital por causas clínicas/quirúrgicas y sus familias. Por último, el servicio cuenta con un equipo que atiende pacientes internados por salud mental que comenzó a funcionar en el año 2010. En la actualidad el servicio cuenta con diecinueve psicólogos, doce psiquiatras, dos enfermeros y una psicopedagoga en su planta, repartidos en los equipos referidos anteriormente.

Por otro lado, la urgencia en Salud Mental se atiende en una guardia externa. Todos los días, un equipo interdisciplinario compuesto por un trabajador social, psicólogo y psiquiatra realiza un turno de veinticuatro horas de atención de urgencias tanto para adultos como para niños, niñas y adolescentes. Cabe destacar que este dispositivo

no depende del servicio de Salud Mental, sino del Departamento de Urgencias. Los fines de semana, el servicio se encuentra cerrado, y la atención por Salud Mental se realiza exclusivamente por guardia.

En su mayoría, los profesionales de planta concurren cuatro veces por semana, entre lunes y viernes, seis horas cada día, y cuentan con un día a la semana destinado a la formación. A su vez, en su gran mayoría, los profesionales del servicio estamos en situación de pluriempleo ya sea dentro del sector público o del privado. En los últimos años, la cantidad de profesionales de planta ha ido aumentando, para mejorar la respuesta a una demanda creciente. Adicionalmente, los residentes realizan rotaciones obligatorias en el dispositivo de guardia, interconsulta e internación.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Previo al año 2010, la mayoría de las personas adultas a las que en la guardia se les indicaba una internación por Salud Mental eran derivadas a alguno de los tres hospitales de especialidad para adultos de la ciudad: Borda, Moyano y Alvear. Luego, con la Ley Nacional de Salud Mental (2010), que sancionaba que las internaciones de Salud Mental deben realizarse en hospitales generales, las derivaciones fueron cada vez menos frecuentes, y se prolongaban las estadías en la guardia del hospital. En algunas ocasiones, a fin de no extender la permanencia en las condiciones de un servicio de guardia, estos pacientes pasaban a alguna sala de internación del hospital. En esas salas, un equipo de interconsulta en salud mental concurría a continuar con el proceso de atención.

Ante el aumento de estas situaciones, se decidió destinar para la atención de estos pacientes cuatro profesionales de planta (dos psicólogas y dos psiquiatras), quienes conformaron el equipo de internación. Desde finales de 2024,

se ha incorporado la rotación de residencia, siendo un paso más en la estructuración del equipo de internación.

Los ingresos a la internación son por la guardia. Aquellos pacientes que cuenten con indicación de internación y no se logre resolver la situación en la instancia de guardia pasan a la sala de Clínica Médica, Urología o Traumatología, todas ellas en la planta baja del hospital.

En términos generales, el hospital atiende a una población de bajos recursos. Sin embargo, dada la tradición y especialización de varias áreas del hospital, la atención en muchos servicios cuenta con un mayor arco social de población consultante. En cambio, en salud mental, es más frecuente ubicar condiciones de vulnerabilidad social en quienes consultan. En parte por la dificultad para acceder a otros efectores, pero mayormente porque en gran proporción las personas con un padecimiento mental tienen mayor dificultad para acceder a ciertos derechos básicos como vivienda, empleo formal y a un ingreso estable. Por esto mismo, la escasez de recursos es característica de la población que atendemos. A su vez, se observa un incremento de consultantes que habían sido beneficiarios de cobertura médica, pero actualmente la han perdido y concurren al subsector público como única alternativa.

Nuestro equipo atiende pacientes adultos que residen, mayormente, en el área programática. Los motivos más frecuentes de internación son los cuadros de descompensación psicótica y los intentos de suicidio (Scévola *et al.*, 2025).

Los pacientes ingresan por guardia de diferentes maneras. Pueden acudir por sus propios medios o ser trasladados por ambulancias del Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) desde algún sitio del área programática del hospital. En caso de arribar con SAME, puede ser tras una urgencia en vía pública o domicilio, o de manera programada con un oficio librado por un juzgado, que solicita la evaluación interdisciplinaria. Estos últimos suelen ser casos donde familiares o vecinos denuncian al paciente, quien es trasladado para su evaluación por SAME y personal policial.

Otros casos son pedidos de evaluación que se realizan desde las curadurías, juzgados o del Cuerpo Interdisciplinario Forense (Arce *et al.*, 2015). Aproximadamente un 85 % de las internaciones son al inicio involuntarias. Se informa a los Juzgados Civiles cada internación involuntaria, si esta pasa a ser voluntaria tras la firma del consentimiento informado, y también cuando la persona está de alta. Los juzgados solicitan información a los equipos cuando la requieren, así como diversos organismos que intervienen en las internaciones involuntarias (Unidad de Letrados, Defensorías, Órgano de Revisión).

Las intervenciones terapéuticas en la internación son múltiples y variadas en función de la presentación. Mayormente se trabaja interdisciplinariamente sobre casos agudos y subagudos y conllevan una resolución similar a la de la urgencia. Se realizan evaluaciones semiológicas diarias y se hacen diagnósticos clínicos y situacionales. Los diagnósticos que hallamos más frecuentemente son trastornos psicóticos y trastornos afectivos. Como parte de nuestra tarea, se cita, se evalúa y se acompaña a las familias. En caso de que no hubiera familiares se busca, contacta y en ocasiones se construye una red de contención. En este proceso de búsqueda, entrevistas y evaluación de red sociofamiliar se va definiendo una conducta terapéutica posible para la internación acorde a los recursos disponibles y la continuidad terapéutica posterior al egreso; se establece un plan terapéutico que incluye un plan psicofarmacológico que se reevalúa diariamente. Junto con servicio social se intercambian las distintas versiones del sujeto y se discuten sus condiciones de egreso.

Con relación al tiempo de una internación, es muy variable ya que hay un tiempo necesario para la compensación de un cuadro y luego un tiempo para el armado de las condiciones que permitan el sostenimiento de un tratamiento posterior al egreso. Esto último también puede extenderse en el tiempo, dado que en muchas ocasiones las condiciones para que esto sea posible requieren de un

extenso trabajo. Esto puede incluir el trámite y la obtención de un Certificado Único de Discapacidad, un subsidio habitacional, las entrevistas para el ingreso a un dispositivo residencial o hasta la obtención del Documento de Identidad.

En otras ocasiones, al contar con cierta red de sostén, nuestra función es acompañar y orientar en esa búsqueda de tratamiento al egreso, o brindar la continuidad posterior a la externación con el mismo equipo de la internación, que acompaña el tiempo que sea necesario para que no haya una ruptura en la continuidad del cuidado. A estas entrevistas las llamamos “seguimientos de posalta”. Aproximadamente el 25 % de los pacientes que cursaron internación continúan en tratamiento ambulatorio con nosotros hace varios años.

El trabajo psicoterapéutico en el dispositivo de internación supone la realización de una lectura acerca de aquellas circunstancias que volvieron ineficaces los soportes con los que el sujeto contaba hasta su descompensación y cuáles de ellos pueden ponerse en marcha nuevamente. La internación puede pensarse como una oportunidad para que lo disruptivo del desencadenamiento o la descompensación pueda inscribirse como acontecimiento subjetivo (Belucci, 2009).

Como se desarrolló anteriormente, los usuarios que cursan una internación por Salud Mental presentan un alto nivel de padecimiento subjetivo asociado a múltiples variables: la pobreza, la marginalidad, la falta de un trabajo o de una familia que lo quiera recibir y acompañar amorosamente. Por esto mismo, el trabajo excede el tiempo de la internación y continúa posalta. Intentamos, en palabras de Élide Fernández, “lo posible”: que los brotes se espacien, que en algunos casos los podamos prever para transcurrirlos sin internación y, cuando eso no sea posible, trabajamos para que se externe lo antes que se pueda y logre hacer algún remedo de lazo social (Fernández, 2020).

Los obstáculos que enfrentamos pueden dividirse en problemas externos e internos al hospital. Entre los

primeros, destaca la crisis habitacional y laboral, que dificulta a nuestra población acceder a una vivienda y un ingreso. Existen pocos dispositivos que respondan a estos problemas. Por ejemplo, los ingresos por pensiones son insuficientes para cubrir una habitación. Además, los recursos terapéuticos en la comunidad son escasos: las casas de medio camino prácticamente no existen, es difícil conseguir vacantes en hospitales de día y los turnos en consultorios externos son limitados. Así, hay muy pocas alternativas que permitan planificar un egreso.

Dentro del hospital, persisten problemas estructurales. Aunque se internan pacientes hace años, no se han asignado recursos adecuados (sector específico, personal de enfermería, guardias internas, etc.). La cantidad de internaciones aumentó de 86 en 2018 a 174 en 2024. El equipo de internación ha construido vínculos con otros servicios mediante clases, ateneos y espacios informales, pero la atención sigue dependiendo de la predisposición de cada sala. En algunas, hay más colaboración; en otras, los cuidados y estudios clínicos se dificultan. Además, como el equipo de salud mental solo está presente de lunes a viernes por la mañana, hay muchas horas sin cobertura específica. La guardia de Salud Mental depende del Departamento de Guardia y no tiene formalizada su responsabilidad sobre pacientes internados. Tampoco están claramente definidas las tareas de enfermería, por lo que la atención depende de la voluntad y formación del personal.

Resulta difícil definir el tiempo de duración de una internación, aunque en promedio nos encontramos cercanos al mes de duración. Son menos frecuentes los casos que se extienden varios meses por dificultad para ubicar alternativas habitacionales o que se acortan por egresos sin indicación o por contar con una red de sostén que favorece un pronto egreso. De todos modos, algunas personas requieren internaciones más prolongadas, y para eso son propicias las actividades que se desarrollan en hospitales que cuentan

con espacios de musicoterapia o terapia ocupacional y que permiten que las estadias sean más llevaderas, como sucede en otros efectores.

La articulación con centros de salud podría ser una opción para continuar tratamientos ambulatorios tras una internación. El área programática del hospital cuenta con dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), pero en Salud Mental funcionan desarticulados del hospital, operando en paralelo sin coordinación según niveles de complejidad. Todos están saturados o con escasa capacidad de recepción.

Es clave señalar que la falta de dispositivos ambulatorios no aparece recién al momento del egreso: muchas personas ya habían intentado acceder a turnos sin éxito antes de la internación. La atención llega en situación de urgencia, primero por guardia y luego por el equipo de internación, que termina brindando también el seguimiento ambulatorio. Esto genera un circuito paradójico, donde, para acceder a un tratamiento ambulatorio, se necesitó pasar por un dispositivo de mayor complejidad.

## **La flexibilidad como herramienta**

A fin de ilustrar nuestro trabajo, presentamos el caso de Doris, quien llegó al hospital derivada por el SAME y la policía desde la vía pública por presentar desorganización y conductas agresivas. Fue evaluada en la guardia, donde se diagnosticó un cuadro psicótico agudo. Se decidió su internación. Al tomar contacto, el equipo de Salud Mental confirmó un delirio polimorfo, desorganización e inquietud psicomotriz. Se inició un tratamiento psicofarmacológico con participación activa de Doris y se trabajó con enfermería y los residentes para adecuar el abordaje.

Gracias a ello, comenzó a mejorar la sintomatología y fue posible el inicio de un diálogo con Doris que favoreció

ubicar antecedentes y, posteriormente, contactos de su red socioafectiva. Con el transcurrir de los días, si bien había una parcial mejoría, persistía la sintomatología psicótica y la dificultad para el abordaje, lo que generaba tensiones en la sala y dificultades con los demás pacientes y el personal, lo que por momentos incrementaba la sintomatología a tratar. Por estas razones, cuando ya habíamos ubicado una referente que podría acompañarla en forma ambulatoria y se había instaurado un plan psicofarmacológico que generaba respuesta favorable, se decidió su egreso para continuar en forma ambulatoria aun cuando en parte la sintomatología persistiera. Se citó con nuestro mismo equipo por consultorios al principio casi diariamente y, a medida que Doris sostenía las citas, más espaciadamente. La mejoría continuó hasta su compensación. Hoy concurre a controles mensuales, permanece estable y sostiene regularmente las indicaciones.

En un hospital especializado, su internación probablemente se habría prolongado. Nuestra modalidad sin sala específica propició un abordaje más flexible que dio un buen resultado. Sin embargo, esta modalidad también presenta limitaciones. En ocasiones, la asignación azarosa de la sala complica el abordaje. La articulación con el personal de sala es clave para sostener el tratamiento: dar indicaciones, contener y construir en conjunto. En algunos casos, estar en clínica médica favorece cuidados generales que una sala específica podría dificultar. En otros, el estigma o el miedo obstaculizan el vínculo terapéutico.

## Cierre

A partir del trabajo, podemos identificar rasgos particulares de la internación en salas generales, distintos a los que se dan en salas específicas o en hospitales monovalentes. Por ejemplo, los egresos sin alta médica parecen ser más

frecuentes aquí, ya que, salvo en presencia de consigna policial, no hay un dispositivo institucional que limite su salida. Sin embargo, esta supuesta falla permite, en muchos casos, una salida menos restrictiva y la posibilidad de restablecer vínculos comunitarios. Hemos visto pacientes que egresan sin alta y luego retornan espontáneamente para continuar un tratamiento ambulatorio. Esta lógica, aunque precaria, permite un tipo de continuidad menos estigmatizante y más próxima a la circulación en comunidad.

La cercanía con la clínica general también contribuye a desmitificar la salud mental, integrándola como parte de la salud. Así, la internación en sala general puede ser una respuesta acotada, en un contexto donde la atención ambulatoria no fue posible, evitando intervenciones propias de instituciones totales. No consideramos que esta modalidad sea “mejor”, pero sí que ofrece ventajas según el caso, y refuerza la necesidad de contar con distintas modalidades articuladas según la complejidad de cada situación.

El funcionamiento de cada sala responde a normas pre-existentes, por lo que la integración de pacientes de Salud Mental ha requerido acuerdos permanentes con el personal. A diferencia del paciente típico de internación general, nuestros pacientes circulan, hacen salidas e incluso a veces pasan noches fuera. Esto implica dificultades en la lógica administrativa (camas ocupadas, ingresos y egresos), y por eso intentamos que estas salidas sean parte del proceso de alta y no excepciones prolongadas.

Otra diferencia con salas específicas es la ausencia de ciertas restricciones: no hay reglas que impidan tener teléfonos, encendedores o visitas sin control estricto. Esta libertad, más cercana a la vida comunitaria, es favorable para muchos tratamientos, aunque no para todos. Nuevamente, no sostenemos que esta modalidad sea superior, pero sí válida y adecuada para una amplia gama de situaciones. Quedan por fuera del alcance de este dispositivo aquellas personas que requieren que las internaciones se prolonguen, por ejemplo, a pedido de Curadurías o Defensorías. A

menudo observamos que en la Justicia y aun en los hospitales especializados la percepción del tiempo pareciera ser diferente a la de un hospital general de agudos sin sala de salud mental.

A pesar de la falta de especificidad, la demanda es muy alta. El SAME traslada pacientes según áreas programáticas, y la del Ramos Mejía es una de las más extensas. Esto, junto con determinantes sociales adversos, genera una alta afluencia de pacientes. Además, la falta de regulación sobre el número de ingresos desde guardia puede desbordar la capacidad del equipo. El pasaje de pacientes depende tanto de criterios clínicos como de decisiones institucionales, como la autoridad de la jefatura de guardia o la disponibilidad de camas, lo cual condiciona la atención y refleja, una vez más, tensiones entre lo clínico y lo institucional.

Luego de muchos años trabajando y conceptualizando un modo de intervención, consideramos que no hay dispositivos ideales, que no se trata de reproducir un modelo predefinido a la hora de pensar la internación en Salud Mental. Creemos, en todo caso, que el camino por seguir debería orientarse más a articular las diversas respuestas que se hacen posibles en cada efector. Cada uno de estos debe pensar y avanzar en estrategias para mejorar y profundizar su respuesta, pero debe clarificarse la complejidad que puede abordar cada dispositivo y caracterizarlo a fin de establecer una red que en su conjunto dé respuesta a la demanda.

Finalmente, la construcción de un equipo que comparta objetivos, desarrolle una mirada común sobre el trabajo y la modalidad de intervención y, sobre todo, sea el sostén mutuo de sus integrantes resulta fundamental para que sean posibles las respuestas en la complejidad.

## Referencias bibliográficas

- Agüero, A. (1996). Origen del Hospital J. M. Ramos Mejía. *Revista del Hospital Ramos Mejía*, 3(2).
- Alonso, N. y Nasimbera, A. (2018). Hospital Ramos Mejía: un recorrido histórico. Web Msal.GCABA. Recuperado de <https://buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-y-establecimientos-de-salud/hospital-ramos-mejia/hospital-ramos-mejia-un-recorrido>.
- Arce, A., Sinigoj, D., Bermolem, L. y Alonso, N. (2015). Análisis descriptivo de la población usuaria del servicio de urgencias en salud mental e intervenciones del equipo interdisciplinario. Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. Datos preliminares. *Clepios*, 21(1), Buenos Aires, Argentina.
- Belucci, G. (2009). *Psicosis: de la estructura al tratamiento*. Editorial Letra Viva.
- Congreso de la Nación Argentina (2010, 25 de noviembre). Ley Nacional de Salud Mental 26.657 de 2010. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Fernández, S., Ballesteros, V., Bruno, C., Guzik, M., Panelo, A. y Perelis, L. (2007). Así trabajamos. Experiencia del servicio de salud mental Hospital J. M. Ramos Mejía.
- Fernández, E. (2020). *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*. Editorial El Megáfono.
- Scévola, M., Hagman, G. y Cantero, A. et al. (2025). Caracterización de los egresos por salud mental en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo 2018-2023. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(168), 15-26. En [doi.org/10.53680/vertex.v36i168.830](https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.830).

# Desmanicomializar desde adentro: la externación como política de cuidado

*Hospital General de Agudos Dr. Alberto  
Eurnekian, Ezeiza, provincia de Buenos Aires*

FEDERICO DELGADO

## Introducción

Este capítulo recoge la experiencia de trabajo del equipo de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto A. Eurnekian, en el Área Metropolitana de Buenos Aires sur. En él se reconstruye el proceso por el cual, en el marco de un hospital general, se configuró una oferta asistencial que hoy articula internación en salas generales, interconsultas con los distintos servicios, consultorios externos y un dispositivo de intervención temprana dentro de la guardia hospitalaria. El recorrido se inscribe en el cambio de paradigma abierto por la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 (2010) y por las políticas provinciales recientes, que orientan la desmanicomialización, la interdisciplina y la atención centrada en derechos. Esa orientación convive, como se verá, con tensiones y límites propios de la práctica cotidiana.

Sobre ese trasfondo se sitúa el surgimiento del equipo de externación, concebido no como un “recurso” al final del proceso, sino como una función transversal que organiza los cuidados: planifica el alta desde el ingreso, identifica obstáculos clínicos y sociales, reduce internaciones evitables, articula con familias, atención primaria de la salud y recursos comunitarios y sostiene el seguimiento posalta.

Más que un dispositivo puntual, la externación se propone aquí como un posicionamiento ético y clínico que acompaña toda la trayectoria. En la práctica, este horizonte choca con inercias institucionales y con déficits intersectoriales que pueden prolongar las estancias. El capítulo muestra, a través de escenas y decisiones concretas, cómo se abre camino esa perspectiva en el día a día.

La reflexión se completa con algunas líneas de mejora que surgen del propio trabajo: fortalecer la formación específica de equipos médicos y de enfermería en salud mental; consolidar criterios interdisciplinarios y de enfoque de derechos en sala general y guardia; ampliar la articulación intersectorial (protección de derechos, educación, desarrollo social, vivienda) con metas y cronogramas verificables; e incorporar indicadores de proceso y resultado que permitan evaluar y ajustar las prácticas sin perder la lectura biográfica de cada persona usuaria. En suma, se propone pensar la internación con horizonte de externación y la externación como tarea compartida de todo el hospital, para que cada persona usuaria pueda vivir, elegir, circular y vincularse por fuera de la institución.

Escribo desde una implicación doble, clínica y ética. Mi paso por el hospital me deja una lección que ordena el resto: nadie quiere vivir en el hospital. Planificar la externación desde el ingreso no es un trámite *más*. Es un acto de restitución de ciudadanía. Esa convicción sostiene las decisiones que aquí se narran y también las preguntas que nos hacemos cuando las trayectorias se vuelven difíciles.

## El hospital

El Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto Antranik Eurnekian se ubica en el partido de Ezeiza, provincia de Buenos Aires, bajo dependencia provincial. Su historia institucional se remonta a noviembre de 1949, cuando comenzó a

funcionar como Sanatorio de Obras Públicas, destinado inicialmente al personal del entonces Ministerio homónimo, luego se convirtió en el Hospital Madre Teresa de Calcuta de Ezeiza, ubicado en el barrio Justicialista n.º 1. Ese derrotero temprano anticipa la gravitación regional que el establecimiento tendría más tarde en el sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (Junta de Estudios Históricos del Distrito Ezeiza, 2010). La inauguración del edificio actual (ubicado en el barrio La Unión de Ezeiza), en diciembre de 2009, marcó un punto de inflexión: la obra –financiada y donada por Aeropuertos Argentina 2000/Corporación América– aportó una superficie cubierta del orden de 14.800-15.000 m<sup>2</sup>, con helipuerto, quirófanos, maternidad y diagnóstico por imágenes, dotando al hospital de infraestructura crítica acorde a su creciente complejidad (*AirportNews Ezeiza*, 2009; *Infobae*, 2009). Vale aclarar que el hospital cambió de nombre y de ubicación, pero los profesionales, el corazón que lo hacía vivir, siguieron siendo los mismos.

Desde su nueva localización, su crecimiento se consolidó con la recategorización a hospital interzonal en junio de 2022, tras un proceso de ampliación de prestaciones y especialidades que incluyó el paso de 160 a 286 camas totales, el incremento de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de ocho a catorce plazas, la creación de UTI pediátrica y la ampliación de quirófanos de dos a cinco –con un sexto en preparación–, reforzando su perfil docente-asistencial y su rol regional (*InfoRegión*, 2022; Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022). En consonancia, la cartera actual integra atención ambulatoria polivalente (clínicas médicas y quirúrgicas) e internación en salas generales y cuidados críticos –UTI de adultos y UTI pediátrica–, en línea con la expansión de servicios posterior a 2022 (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

Desde el punto de vista organizativo, la gestión de camas se articula en el Sistema de Gestión de Camas (SIGEC) de la provincia de Buenos Aires, que monitorea la disponibilidad por niveles de cuidado (mínimos, intermedios, intensivos) y

por servicio, mejorando la coordinación según demanda y la accesibilidad a cuidados de distinta complejidad (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2021, 2022). La estructura edilicia habilitada en 2009 se organiza en guardia de veinticuatro horas, consultorios externos, quirófanos, maternidad y partos, internación general, terapias y diagnóstico por imágenes. El helipuerto sanitario complementa la respuesta a traslados de alta complejidad y emergencias regionales (Hospital Eurnekian, s. f.; *Infobae*, 2009).

El hospital atiende prioritariamente a la población de Ezeiza y zonas aledañas del sur del AMBA, un territorio de alta movilidad asociado al entorno aeroportuario. La interzonalidad amplió su área de influencia y fortaleció la articulación con otros efectores del sistema público (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022). En suma, la combinación entre trayectoria histórica, inversión edilicia y reorganización reciente perfila al Eurnekian como un hospital general de alta relevancia regional, capaz de integrar dispositivos ambulatorios, internación general y cuidados críticos con criterios de gestión de camas, oportunidad diagnóstica y continuidad de cuidados.

## La salud mental en el hospital

La historia de la salud mental en este hospital nació al final de la dictadura militar de 1976, en donde pediatras formados en psiquiatría con enfoque crítico y de derechos impulsaron prácticas heterogéneas, con orientaciones psicoanalíticas y sistémicas e incluso una cámara Gesell para entrevistar a niños y familias. En los noventa, treinta profesionales del área concurrían *ad honorem*: la atención se centraba en consultorios externos e interconsultas, y los casos graves se derivaban a monovalentes; ya en ese entonces se reclamaba incorporar trabajo social al espacio de Salud Mental, algo inconcluso hasta el día de hoy. Sobre esa base, la trayectoria

puede leerse como institucionalización que acompaña virajes normativos: la Ley 26.657 y su Decreto 603/2013 colocaron a los hospitales generales, la interdisciplina y la internación en Salud Mental en el centro de la escena. El Plan Provincial 2022-2027 profundizó esta orientación con metas de fortalecer guardias, promover internaciones breves y articular intersectorialmente. Gracias a esta política de fortalecimiento, ingresamos al hospital profesionales con otras miradas y trayectorias, que pusimos en evidencia la institucionalización y automatización de las prácticas que se llevaban a cabo hasta entonces.

Actualmente, el punto de entrada asistencial es la guardia general del hospital, que funciona ininterrumpidamente para urgencias y emergencias médicas. Dentro de ese ámbito, y no como guardia específica de salud mental, opera un dispositivo de interconsultas en salud mental activo de lunes a viernes, de 08:00 a 14:00. El flujo está estandarizado: el ingreso por ambulancia o *triage* es valorado por el equipo médico de guardia y, cuando el motivo lo indica, se solicita la interconsulta a Salud Mental. El equipo de Salud Mental del dispositivo de guardia realiza una evaluación clínica y situacional de la persona usuaria y su red, se construye un diagnóstico integral y se decide la conducta: internación (con pase inmediato a piso) o seguimiento ambulatorio cuando es posible evitar internaciones innecesarias sin comprometer la seguridad. El dispositivo interviene, en promedio, entre tres y ocho situaciones por semana. Cuando la internación es involuntaria o se trata de personas menores de edad, desde la guardia se activan las notificaciones judiciales correspondientes. Este encuadre –que desalienta la demanda espontánea y focaliza en la interconsulta– mejora el *timing* de la decisión clínica y la alinea con criterios de riesgo y de derechos desde el primer contacto (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022b).

La composición de la unidad de Salud Mental refleja la lógica polivalente del hospital: cuatro psiquiatras, siete psicólogos, un profesional de enfermería con formación en

salud mental y dos psicopedagogos. Para cubrir el dispositivo de interconsultas (de 08:00 a 14:00), se organizan dos psiquiatras y dos psicólogos que además hacen consultorio externo. Trabajo Social no interviene en guardia, aunque sí en internación para abordajes sociolegales y de redes. Como en tantos efectores públicos, todo el plantel tiene pluriempleo, lo que exige una coordinación fina de agendas y relevos.

Un hito organizacional reciente es la puesta en marcha del sistema de residencias en 2024. Ese año ingresaron dos residentes –uno de psicología clínica y otro de psiquiatría–, cuyas rotaciones se circunscribieron a consultorios externos. La residencia funciona con supervisión diferenciada por grupos etarios (adultos, adolescentes, niños) y por dispositivo (internación/ambulatorio). Por el momento, las residencias no cubren guardias, decisión coherente con una implementación gradual de competencias clínicas.

En este entramado, la experiencia del equipo de externación creado en 2024 ocupó un lugar central para comprender la cultura de cuidados del hospital. Su creación, dentro del hospital, fue vivida inicialmente como una innovación disruptiva que generó notorias resistencias. La propuesta, que involucraba otorgar salidas programadas reservando la cama, ensayar sistemas de apoyos y confiar en la capacidad de autonomía de la persona, leer su historia de vida, más que su historia clínica, entre otras acciones, llegó a ser leída por parte del personal como una “expulsión” encubierta más que como una estrategia clínica escalonada y responsable. En los pasillos resonaban frases como “Esto no es un hotel”. La respuesta del equipo condensaba su ética: “Nadie quiere vivir en el hospital, son ellos quienes más desean irse de aquí”. Debajo de esas tensiones, operaba un paradigma de peligrosidad aún latente, anclado en el peso adjudicado a episodios aislados que pasaban a definir, de manera reductiva, la biografía de una persona. Ese recorte eclipsaba historias, deseos y motivaciones y reforzaba

etiquetas diagnósticas que, paradójicamente, volvían invisible aquello que debía orientar el plan de cuidados.

Pero el equipo de externación no nació para “agilizar altas” sin más. Su función profunda fue identificar obstáculos estructurales que sostenían internaciones prolongadas (barreras sociohabitacionales, trámites judiciales extensos, ausencia de dispositivos residenciales, fragmentaciones intersectoriales) y trabajar desde el primer día en un plan de salida. La externación dejó de pensarse como “etapa final” o “derivación técnica” y se definió como un posicionamiento clínico y ético que atraviesa todo el proceso. Con el correr del tiempo, sin embargo, la lógica institucional tendió a absorber la propuesta, incorporándola como un eslabón tardío del circuito: “primero” había que “resolver la patología de base” y recién después convocar a externación. Esa fragmentación colisiona con el paradigma de la Ley 26.657 y con la literatura programática reciente: la externación se planifica desde el inicio, porque no es un “recurso”, sino una política de cuidado (Ley 26.657, 2010; Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022a).

El derrotero organizacional resultó aleccionador. Durante 2024, el equipo de externación intervino en internaciones prolongadas, pero con el tiempo comenzó a recibir derivaciones tardías, dado que el equipo tratante solicitaba la intervención de externación cuando ya había dado por cerrada su tarea principal (tratamiento sintomático), con semanas o meses transcurridos desde el ingreso. A comienzos de 2025, y ante la dificultad de reorientar esa inercia, el equipo se disolvió. Lejos de clausurar una apuesta, ese cierre precipitó la reconfiguración del dispositivo de interconsultas en guardia que hoy funciona: al intervenir temprano, se evitan internaciones innecesarias y, cuando la internación es la mejor alternativa, se asegura que el ingreso se haga con un diagnóstico integral, situado y basado en derechos, con la externación ya delineada como horizonte. En esa clave se ordenan también las prácticas ambulatorias

e intrahospitalarias: evaluaciones y psicoterapias breves en consulta externa; interconsultas que incorporan dimensión subjetiva y social en clínica, cirugía, obstetricia y pediatría; internación breve en salas generales con plan de alta desde el primer día; y una articulación territorial que –aunque intermitente por vaivenes de la oferta municipal y rotaciones de personal– se teje caso por caso con atención primaria de la salud, protección de derechos, Desarrollo Social, Educación y Justicia, garantizando documentación, coberturas y apoyos.

Resta un desafío transversal: construir estadística en un contexto de historia clínica no digitalizada, que limita la consolidación de un correcto monitoreo.

La estandarización mínima de registros permitiría evaluar con mayor precisión el impacto del dispositivo de interconsultas, de las internaciones breves y de las estrategias de externación, a fin de fortalecer la toma de decisiones y la continuidad de cuidados.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

La internación por Salud Mental en el Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto A. Eurnekian se desarrolla en salas generales, sin un área monográfica, y con organización diferenciada por género. Esta elección arquitectónica y organizativa la sitúa en el corazón de la vida hospitalaria, pero también expone una tensión constitutiva entre la letra del paradigma y la historia reciente del propio hospital. Durante años, la práctica predominante fue la indicación de internación sistemática por parte del equipo médico de guardia “para evaluar en piso”; Salud Mental intervenía cuando la persona usuaria ya había atravesado el umbral de la sala. El trabajo terapéutico de los equipos de internación en Salud Mental se reducía a los ajustes psicofarmacológicos, psicoterapia psicoanalítica breve, orientación

a familias tras el alta y la búsqueda de derivación a lugares “especializados”. La lógica cotidiana habitual era evaluar a los pacientes internados luego del trabajo en consultorios externos; los profesionales realizaban una recorrida por el piso para ver a los pacientes internados, que, si no se encontraban en su habitación o estaban dormidos, no eran tenidos en cuenta en la recorrida (situación que derivaba en un día más de internación/encierro). El equipo de externación creado en 2024 buscó invertir ese orden, promoviendo que el alta se debía trabajar desde el primer día, para remover los obstáculos que prolongaban estancias que ya no eran estrictamente clínicas. Su disolución a comienzos de 2025 no clausuró esa necesidad, sino que precipitó, más bien, la creación del dispositivo de interconsultas en guardia, activo de lunes a viernes entre las 08:00 y las 14:00, que hoy evalúa tempranamente, colabora en la toma de decisiones y procura evitar internaciones innecesarias implementando estrategias de seguimiento ambulatorias con pautas de alarmas y cuidados para aquellos casos en los que el encierro en la institución no tiene ningún sentido terapéutico ni de cuidado. La constatación, sin eufemismos, sigue en pie: las internaciones que se realizan no son breves en la mayoría de los casos. Deseamos que lo sean y trabajamos para que lo sean, pero la organización del cuidado, las lógicas asistenciales de tratamiento, la falta de formación interdisciplinaria de los profesionales tratantes y las redes externas todavía no acompañan de modo sistemático ese ideal.

Los motivos de ingreso más frecuentes se agrupan en dos constelaciones clínicas bien reconocibles. Por un lado, las descompensaciones psicóticas, casi siempre atravesadas por condiciones sociales críticas –abandono o fragilidad del sostén familiar, pobreza, precariedad habitacional– que complejizan cualquier plan de alta. Por otro, los intentos de autólisis y las presentaciones con alto riesgo suicida, donde la evaluación del riesgo, el plan de seguridad y la reconstrucción de soportes comunitarios deben comenzar de inmediato. Internar en un hospital general permite,

además de los ajustes psicofarmacológicos y la contención intensiva, recuperar estudios y resolver comorbilidades clínicas largamente postergadas. Esa integralidad es una de las ventajas específicas del dispositivo no monográfico.

En términos legales, la mayoría de las internaciones son involuntarias y se encuadran en los protocolos vigentes: fundamentación clínica por riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, notificación al juzgado competente y al Órgano de Revisión dentro de los plazos establecidos y actualizaciones periódicas durante la estadía y al alta. Las internaciones voluntarias se sostienen mediante consentimiento informado y revisión de objetivos. Cuando la indicación surge en guardia –o involucra a personas menores de edad–, la vía judicial se activa desde allí. Este trabajo documental y clínico no es un apéndice administrativo: es parte del cuidado, porque define límites, responsabilidades y garantías en el marco de derechos.

El ambiente físico en sala es deliberadamente austero y seguro. Todas las habitaciones utilizadas para Salud Mental se ubican en el primer piso y son compartidas por tres personas. Su iluminación y ventilación son adecuadas, cuentan con ventanas hacia espacios arbolados que se intercalan entre las salas; el acceso a esos espacios no está permitido. El mobiliario se reduce a lo esencial: camas y una mesa de apoyo; no se disponen agregados que puedan convertirse en riesgo. El estado general de las habitaciones es bueno, y la proximidad funcional a Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio y Cuidados Críticos habilita respuestas oportunas cuando la clínica lo requiere.

En el plano sociofamiliar, el hospital no cuenta aún con protocolos institucionales sistemáticos para trabajar con familias y redes (entrevistas programadas, espacios grupales, dispositivos de autonomía). La gestión de acceso a derechos (documentación, CUD, afiliaciones, subsidios) recae en Trabajo Social, que hoy funciona como un servicio aparte: responde a interconsultas y derivaciones, sin una lógica de coconducción interdisciplinaria estable con

Salud Mental. Esa disyunción dificulta construir soportes robustos para el egreso. Esta dinámica recuerda los escritos de Auyero (2012) donde advierte sobre los efectos no deseados de ciertas gramáticas estatales: bajo determinadas configuraciones, los dispositivos públicos producen espera y dependencia, de modo que generan “pacientes del Estado” antes que sujetos de derechos. La apuesta clínica del equipo de externación (proceso de externación desde el inicio, articulación intersectorial crítica, permisos de salida) busca precisamente evitar esa deriva, orientando cada internación a la recuperación de agencia y vínculos.

La articulación intersectorial existe y es indispensable (con Justicia, Desarrollo Social, Educación y Vivienda), pero en la práctica se enfrenta a lógicas manicomiales o biomédicas que tienden a reproducir la derivación a supuestas “mayores complejidades”, a depender de cupos sociosanitarios escasos o a imponer tiempos administrativos que no dialogan con el ritmo clínico, también a poner etiquetas diagnósticas estigmatizantes. En ese contexto, los permisos de salida constituyen una herramienta clínica y ética: se indican cuando no hay riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y funcionan como ensayo de autonomía y de reconexión con la vida extrahospitalaria, sin pérdida del cuidado ni de la dignidad. En internaciones involuntarias, se acuerdan interdisciplinariamente y se informan a la Justicia cuando corresponde.

La duración de las internaciones exhibe una asimetría pronunciada. En el periodo reciente, se registran estancias de entre una semana y seis meses; la más breve fue de tres días, y la más prolongada alcanzó dos años y dos meses (un caso excepcional que, sin embargo, ilumina cuánto pesan los factores extraclínicos en la cronificación institucional). Justamente por esa asimetría, informar “promedios” resulta engañoso. Cuando la estancia supera los treinta días, el patrón se repite: derivaciones a supuestas “mayores complejidades” que contrarían el espíritu de la ley, espera de hogares o recursos con cupos restringidos y la persistencia

del paradigma de la peligrosidad, que fija identidades clínicas a partir de episodios y desalienta la planificación de externación desde el inicio. La experiencia indica que la intervención temprana –hoy vehiculizada por el dispositivo de interconsultas en guardia– y un plan de externación activo desde el ingreso son las palancas más eficaces para acortar trayectorias.

## **Dos trayectorias, dos lecciones**

### **Benito**

Elegimos la historia de Benito porque condensa, en un mismo proceso, aquello que intentamos hacer cuando la internación en sala general parece haberse vuelto un destino: planificar la externación desde el inicio, remover trabas que no son “médicas” y leer biografías antes que rótulos. Cuando el equipo de externación lo tomó –fue el primer caso trabajado de forma integral durante el periodo de funcionamiento del dispositivo–, Benito llevaba más de dos años internado por una descompensación psicótica. La etiqueta de “peligroso”, sostenida por episodios aislados y narraciones de terceros, lo seguía definiendo. Él, en cambio, no entendía por qué estaba ahí ni qué lo retenía.

La revisión de su documentación reveló un obstáculo estructural: no tenía DNI. Tenía CUD y pensión, pero carecía del documento que habilitaba cualquier trámite de egreso. A partir de esa constatación, se armó un diagnóstico situacional e integral y un itinerario de acciones simple: salida programada al Registro Civil con reserva de cama, acompañamiento del equipo y un plan de cuidado para el día. La escena en el registro fue elocuente: advertencias sobre su “peligrosidad”, resistencias burocráticas y, sin embargo, Benito madrugado, bañado, peinado, esforzándose por firmar pese a los efectos extrapiramidales. El DNI salió.

Con el documento en mano, el equipo propuso salidas programadas breves, con horarios de regreso y continuidad de medicación. La primera visita a su casa –el hermano no estaba; él barrió y se sentó a ver televisión– bastó para mostrar que había algo que recomponer más allá de los síntomas. En las semanas siguientes, las salidas se hicieron más largas, el vínculo fraterno comenzó a restituirse y el sentido de la internación se agotó: “No tiene sentido que siga durmiendo en el hospital si puede estar conmigo”, dijo el hermano. Tres semanas después de iniciada la intervención del equipo, se concretó la externación definitiva y el pasaje a control ambulatorio con baja dosis de medicación.

Esta trayectoria deja lecciones exportables. Primero, que el paradigma de derechos es también un método clínico: identificar desde el día uno las barreras administrativas y sociales (documentación, ingresos, redes) es tan terapéutico como ajustar fármacos. Segundo, que no siempre hacen falta nuevos recursos, sino creatividad organizativa: salidas con reserva de cama, un trámite clave, entrevistas breves y consistentes, y una lectura que devuelva agencia a la persona usuaria. Tercero, que los rótulos se desarman con evidencia situada: la “peligrosidad” pierde su halo cuando el plan clínico habilita vínculos y responsabilidades fuera de la cama de hospital.

## Juana

La historia de Juana fue elegida porque exhibe los límites de la práctica cuando la red intersectorial no responde y el hospital corre el riesgo de sustituirla. Ingresó a los 15 años, tras una denuncia de su madre, que manifestó no poder hacerse cargo. Llegó sin ropa, sin referentes. El servicio local pidió retención de alta social, y la internación se prolongó casi dos años. La historia clínica hablaba de “conductas inadecuadas”; el contexto que les daba sentido quedaba fuera de campo.

El equipo, inicialmente, se dejó arrastrar por una lectura patologizante: controlar gritos, calmar enojos, pedir una derivación a un centro infanto-juvenil. Con el tiempo, el diagnóstico operativo cambió de eje: no necesitaba un dispositivo psiquiátrico más complejo, necesitaba un hogar, una figura de cuidado, una red que la incluyera. La articulación interinstitucional –hospital, protección de derechos, Educación, Justicia– fue insuficiente y tensa; entre los tiempos administrativos y la falta de dispositivos de acogida, Juana quedó institucionalizada más allá de la indicación clínica. La internación pasó a nombrar una espera.

De esta trayectoria se desprenden, también, aprendizajes útiles para otros servicios. Que el padecimiento psicosocial no puede reducirse a “mala conducta”: la conducta es un síntoma relacional en un contexto. Si el alta depende de vivienda, documentación o referentes, eso integra el plan clínico. Que, sin estrategias con objetivos y plazos compartidos, la “retención social” se normaliza y se vuelve rutina. Y que pedir “mayor complejidad” cuando la necesidad es cuidado y red solo reproduce la trampa que se pretende resolver.

Ambas trayectorias iluminan un mismo punto: el lugar desde el cual se toma la decisión clínica. Cuando el servicio se posiciona en el paradigma de derechos y articula tempranamente interconsultas, salidas programadas y gestiones concretas, la externación deja de ser un trámite final y se convierte en la columna vertebral del proceso. Cuando, en cambio, prevalece la lógica biomédica fragmentada y la red externa no acompaña, la internación se prolonga, y la persona usuaria queda subsumida bajo rótulos que no hacen justicia a su historia. Entre ambos extremos transcurre el trabajo cotidiano: sostener el hilo comunitario, leer biografías con precisión clínica y construir, caso por caso, condiciones de salida que reparen derechos y devuelvan proyecto.

## Cierre

La experiencia de la Unidad de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto A. Eurnekian refleja avances y desafíos propios del trabajo en hospitales generales. A partir de una política pública orientada a la desmanicomialización y a la atención integral centrada en derechos, la experiencia del equipo de externación socializó y consolidó prácticas interdisciplinarias que priorizaron dignidad, autonomía e inclusión social.

Los relatos presentados muestran dos caras de una misma realidad: por un lado, el impacto de intervenciones que restituyen agencia y reconstruyen vínculos; por otro, las consecuencias de lecturas patologizantes y descontextualizadas del sufrimiento. Esto reafirma la necesidad de sostener una mirada crítica y sensible, articulada entre efectores de salud, organismos de protección y redes comunitarias. Como advierte Faraone (2013), “las formaciones discursivas que sostienen nociones como enfermedad, trastorno o padecimiento, lejos de ser neutras, organizan prácticas institucionales concretas que determinan formas de intervención e imaginarios sociales” (p. 6). Reconocer esas tensiones es condición de posibilidad para prácticas transformadoras.

Desde una lectura situada, Carballeda (2008) recuerda que las problemáticas sociales complejas irrumpen allí donde los sujetos han sido históricamente marginados de los circuitos de socialización y ciudadanía; por eso la intervención debe reconstruir lazo social y no solo “curar síntomas”.

Asimismo, Amarante (1995) subraya que la desinstitucionalización no equivale al mero cierre de hospitales, sino a la construcción de nuevos vínculos sociales en los que el sujeto de derecho pueda ejercer su ciudadanía.

En ese marco, la creación del equipo de externación fue una innovación que al inicio encontró resistencias, donde ofrecer salidas programadas diarias se leyó a veces como expulsión antes que como estrategia clínica de acompañamiento progresivo (“Nadie quiere vivir en el hospital”). El

paradigma de la peligrosidad, anclado en episodios aislados, invisibiliza historias, deseos y motivaciones. La función profunda de externación no fue el alta en sí misma, sino la identificación de obstáculos estructurales y teóricos que subyacían en la práctica diaria, planificar la externación desde el primer día: no es un recurso final, sino un posicionamiento ético-clínico que debe atravesar todo el proceso.

Por eso, cuando la internación es necesaria, debe ser cuidada, acotada y orientada a la recuperación, pero nunca reemplazar lo que el Estado, la comunidad y las familias deben garantizar: un proyecto de vida digno. Las reformas se miden en leyes y programas, pero también –y, sobre todo– en la capacidad de los equipos para sostener intervenciones situadas, críticas y emancipadoras.

La disolución del equipo de externación fue una decisión dolorosa, la experiencia nos dejó muchas alegrías, pero también enojos y frustración. Luchamos contra el paradigma dominante y su lógica manicomial, debatimos intensamente con nuestros colegas, familiares y amigos en contra de las prácticas de encierro, tuvimos experiencias exitosas, pero no fue suficiente.

Agradezco la participación en este libro, que reivindica el esfuerzo y sacrificio que realizamos día a día quienes queremos cambiar la experiencia de las personas que ingresan a nuestro hospital. Asimismo, quiero agradecer profundamente a la Dra. Jimena Panasci (psiquiatra del equipo de externación), con quien emprendimos este desafío, y al Dr. Alejandro Rebollini (director asociado), quien confió en nosotros y nos apoyó desde el comienzo.

## Referencias bibliográficas

AirportNews Ezeiza (2009, 22 de diciembre). Eduardo Eurnekian entregó el nuevo Hospital Interzonal de Ezeiza.

- AirportNews Ezeiza*. En <https://www.airportnewsezeiza.com/paginas/notas/HospitalEzeiza.html>.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz. En <https://doi.org/10.7476/9788575413357>.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. En R. Campos (Ed.), *À margem da margem: Saúde e pobreza no Brasil* (pp. 483-495). São Paulo: Hucitec.
- Auyero, J. (2012). *Patients of the State: The Politics of Waiting in Argentina*. Durham, NC: Duke University Press.
- Carballeda, A. J. (2008). *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas: Entre la emergencia y la planificación*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. (2008). *La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas* [Documento]. Gobierno de Río Negro. En <https://tinyurl.com/4mcfjuat>.
- Congreso de la República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley 26.657 (2013). *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>.
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental: Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 29-40. En <https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad/article/download/4992/2317/17616>.
- Faure, P. C. (s. f.). Historia del hospital de Ezeiza. En *Guía del Partido de Ezeiza: Exposición Gráfica Industrial, Comercial y de Servicios*. Buenos Aires.
- Hospital Interzonal de Ezeiza Dr. A. A. Eurnekian. (s. f.). *El hospital*. En <https://www.hospitaleurnekian.com.ar/elHospital.html>.

- Infobae* (2009, 21 de diciembre). La Presidente inauguró un hospital en Ezeiza, que fue financiado por Aeropuertos Argentina 2000. *Infobae*. En <https://tinyurl.com/thzwnvm8>.
- InfoRegión* (2022, 24 de junio). El hospital Alberto Eurnekian de Ezeiza fue elevado a la categoría de Interzonal. *InfoRegión*. En <https://www.inforegion.com.ar/2022/06/veinticuatro/el-hospital-alberto-eurnekian-de-ezeiza-fue-elevado-a-la-categoria-de-interzonal/>.
- Junta de Estudios Históricos del Distrito Ezeiza (2010, 26 de diciembre). Ezeiza y su hospital. Ezeiza y su Historia. En <https://ezeizaysubistoria.blogspot.com/2010/doce/ezeiza-y-su-hospital.html>.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). *Sistema de Gestión de Camas (SIGEC): Manual de usuario* (IF-2021-09303670-GDEBA-DINFMS-SALGP). En <https://normas.gba.gov.ar/anexos/descargar/D0YWP5BR.pdf>.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022, 23 de junio). El Hospital Alberto Eurnekian de Ezeiza fue elevado a la categoría de Interzonal. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. En <https://tinyurl.com/v3c6cyr7>.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Guía de atención de crisis y urgencias en hospitales generales*. La Plata: Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos. En <https://tinyurl.com/5n6c4rvk>.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022). *Jornada Provincial de Salud Mental. Equipos de externación: Experiencias en hospitales generales*. La Plata: Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental: Hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022–2027*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>.

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022, junio). Fortalecimiento de servicios de salud mental en hospitales generales [Comunicado de prensa].

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires – Salud Digital Bonaerense (2022). Gestión de camas (SIGEC). En <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/salud-digitalbonaerense/ejes/gestion-de-camas/>.



# Las internaciones de salud mental en el hospital general: un modelo de cuidados progresivos de la salud

*Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén,  
provincia de Neuquén*

MARÍA SOLEDAD DEL ÁGUILA Y C. SEBASTIÁN SORIA

## Introducción

El Hospital Horacio Heller nació como respuesta a las necesidades de salud de una comunidad, con características sociales, económicas, culturales propias y alta vulnerabilidad. A medida que la población crece y evoluciona, las demandas de atención médica se vuelven más complejas, lo que representa un reto significativo para el hospital. Este desafío no solo implica la expansión de servicios, sino también la adaptación a nuevas realidades y la integración de un enfoque centrado en el paciente. A través del análisis presentado en este capítulo, se pretende resaltar la importancia de una infraestructura de salud que evolucione en paralelo con el desarrollo de la comunidad.

## El hospital

La provincia de Neuquén, según el último censo nacional del año 2022, cuenta con una población total de 710.814 habitantes (INDEC, 2023). La población total de la zona de

influencia para las prestaciones del Hospital Heller es de más de 200.000 habitantes y está en constante crecimiento.

La Red de Atención del Sistema de Salud público provincial está integrada por 233 establecimientos sanitarios: 30 hospitales (1172 camas), 86 centros de salud (urbanos y rurales), 108 puestos sanitarios y 9 centros de día. En el ámbito privado, el sistema cuenta con doce establecimientos con internación (700 camas), pero ninguna de ellas para salud mental. El territorio de la provincia se divide en regiones sanitarias. Es un modelo organizacional regionalizado e integrado, compuesto por una red de establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente agrupados en siete regiones sanitarias (Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, s/f).

El Hospital Heller es un hospital general, Nivel VI de complejidad, que se ubica geográficamente en la zona oeste y está en condiciones de resolver la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia sanitaria denominada "Confluencia", que abarca Neuquén Capital, Plottier, Senillosa, Centenario, Villa El Chocón, Vista Alegre y Arroyito. En esta área programática, también se encuentran seis centros de salud, con capacidad para resolver gran parte de la demanda del primer nivel de atención de la población de dicha área. Todos estos centros de salud mantienen su dependencia administrativa de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Los inicios del Hospital Heller se remontan a 1987, cuando se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Gobierno de la provincia de Neuquén. En el marco del Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, se formalizó la construcción del hospital. Debe destacarse que el lugar de emplazamiento del hospital cambió en dos oportunidades. Inicialmente, se encontraba en el barrio El Progreso, mientras que actualmente su ubicación es en la zona oeste del área metropolitana. Fue así que el 19 de marzo de 1999 se inauguró

el hospital con la presencia de distintas autoridades nacionales y provinciales, y adquirió su nombre en homenaje al médico clínico Horacio Heller, quien fue un profesional comprometido y dedicó su carrera al sistema de salud de Neuquén (Hospital Heller, s/f).

El hospital es de dependencia provincial. La región oeste de la capital neuquina, donde se encuentra emplazado, se caracteriza por tener una población con escasos recursos socioeconómicos y bajo nivel de alfabetización. Además de ello, en estos últimos tiempos, el crecimiento demográfico ha sido exponencial. En los comienzos eran escasos los barrios que conformaban sus alrededores, pero hoy, con el auge de la explotación petrolera, muchas familias de distintos lugares de Argentina han emigrado hacia esta provincia, en una búsqueda laboral que frecuentemente es temporal, y se quedan luego muchas veces sin el sustento económico y con un alto grado de vulnerabilidad sociohabitacional. La asistencia se brinda a toda la población, aunque especialmente a personas con cobertura únicamente pública. Las especialidades que se cubren en el hospital para la internación y atención ambulatoria son quince, y se cuenta con otras ocho más que solo prestan servicios de atención ambulatoria.

En la provincia de Neuquén, la planicie que se ubica por encima de los quinientos metros sobre el nivel del mar se denomina “barda”, y es allí, en esa barda, donde se fundaron los cimientos del hospital. Sus arquitectos aprovecharon estos desniveles del suelo para jugar con los pisos del hospital, eligiendo la forma de dos E enfrentadas por su parte vertical, que conforman así un pasillo central largo y varios transversales más cortos. La topografía del suelo hace que en un extremo haya dos pisos y en el otro tres. Además, existe un pasillo circular que circunscribe dicha estructura, lo que permite una organización intencional de circulación. Una de ellas es interna para los profesionales y los usuarios que están internados, mientras que la otra es externa, para

quienes reciben la atención de forma ambulatoria. Finalmente, en el subsuelo se encuentra la guardia general con un fácil acceso para las ambulancias.

La organización funcional de atención a los usuarios es mediante lo que se conoce como “cuidados progresivos”, es decir, un procedimiento por el cual se selecciona y ubica a los pacientes de acuerdo a la gravedad del cuadro y las condiciones físicas y funcionales de la persona, siendo el objetivo principal el proporcionar el mejor tratamiento y la óptima atención, gracias a la adaptación del servicio hospitalario y a la adecuada organización de los recursos médicos y de enfermería alrededor del paciente (Schiavone *et al.*, 2011). La cantidad de camas se distribuye en un número de 38 en el sector de cuidados mínimos, 10 de las cuales están destinadas a pediatría. El sector de cuidados intermedios cuenta con 25 camas y 8 camas en cuidados críticos. En los sectores de cuidados mínimos e intermedios, cada habitación tiene dos camas y un baño.

La modalidad de internación por cuidados progresivos de las personas reemplaza la internación tradicional según servicios. Así, podemos encontrar en una misma sala personas usuarias con intervenciones traumatológicas, quirúrgicas, ginecológicas, clínicas u otras, estando dividida la atención en sectores por intensidades: cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos. Cada sector de internación cuenta con 36 camas (aunque este número puede variar). Dichas camas están divididas en habitaciones, cada una de ellas con dos camas y baño privado. En este modelo organizacional, no se incluye al sector materno-infantil, por considerarse el embarazo, parto y puerperio no complicado como una situación fisiológica de la mujer en edad fértil y no ser representativa de patología alguna. Este sector es atendido por médicos tocoginecólogos y, en el caso de ser necesario internar alguna complicación o patología agregada, se deriva al sector de internación de acuerdo a la complejidad de la patología.

## La salud mental en el hospital

Como mencionamos anteriormente, la atención que brinda el hospital se organiza por la lógica de cuidados progresivos. La Guardia de Medicina General funciona las veinticuatro horas los 365 días del año y representa el primer punto de atención de la urgencia en salud. Cuando la situación amerita, se convoca a la guardia de Salud Mental, que es atendida por un equipo interdisciplinario con permanencia en el hospital de manera activa las veinticuatro horas. Está constituida por las áreas de psicología, psiquiatría y trabajo social, a quienes se une un residente que puede pertenecer a cualquiera de dichas disciplinas.

En los inicios del hospital, existía el equipo psicosocial junto a dos psiquiatras, quienes recibían apoyo de los médicos de medicina general para las internaciones. Personas en situaciones como alteración del estado de ánimo o intentos de suicidio eran internadas en el hospital, mientras que los episodios de descompensación psicótica eran derivados al hospital de mayor complejidad (Hospital Castro Rendón). Años después, se comenzó con una guardia pasiva de psiquiatría y, con el paso del tiempo, se fueron incorporando psiquiatras al servicio, lo que permitió modificar la modalidad de la guardia en activa. Cerca ya del año 2016, después de seis años de aprobada la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), se conformó la guardia interdisciplinaria de Salud Mental, donde se sumaron los profesionales de psicología y trabajo social.

El área de Salud Mental está conformada por un equipo compuesto por trece psicólogos, siete psiquiatras, cuatro acompañantes terapéuticas, un enfermero, un operador y dos secretarios. Se trata de profesionales de planta permanente y con dedicación exclusiva en la mayoría de los casos, es decir, con una dedicación de al menos cuarenta horas de trabajo semanal. Desarrollan su actividad exclusivamente en instituciones de salud del ámbito público en la provincia

de Neuquén. A ello se suman jóvenes profesionales que realizan su residencia (Psiquiatría y Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental), con una duración total de tres años de formación.

Este equipo interdisciplinario realiza diferentes actividades. Entre ellas, señalamos la atención ambulatoria por consultorios externos y diversas actividades destinadas a la comunidad, como, por ejemplo: centro de día, fútbol (La Hellerneta), huerta, abordaje de consumos problemáticos (La Nueva Brújula), mujeres, arte, canto, alimentación saludable, carpintería, dos grupos terapéuticos de psicofármaco-educación y promoción de la salud para usuarios con antecedentes de atención prolongada y estabilidad sintomática. Otro de los dispositivos ofrece visitas domiciliarias dos veces a la semana, con el fin de afianzar lazos y mejorar la adherencia de los usuarios del servicio de Salud Mental a las terapéuticas implementadas.

El dispositivo de la Ronda de Encuentro está destinado a personas trans, travestis y no binarias y está constituido por profesionales de psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y activistas de la sociedad civil. Tiene como objetivo prevenir el aislamiento y vehiculizar y favorecer el encuentro entre pares.

Por otro lado, el área de psicología infantil, conjuntamente con parte del área de trabajo social, constituye el servicio Infanto-Juvenil, que, además de brindar atención ambulatoria a dicha población, lleva a cabo otros dispositivos grupales como el acompañamiento integral a la crianza y al puerperio, consultorio a demanda de adolescentes, dispositivo de arte infantil para niños y niñas de 7 a 12 años y el dispositivo de recién nacidos con dosaje positivo para sustancias psicoactivas.

## Internación por Salud Mental en el hospital

El Hospital Heller fue el primero de la provincia en implementar la modalidad de internación. Como se mencionó anteriormente, es la guardia de medicina general la primera que examina al consultante, con el fin de garantizar la estabilidad de sus parámetros clínicos. Cuando lo cree pertinente, dicha guardia interconsulta al equipo de guardia de Salud Mental. Este último realiza el abordaje interdisciplinario y, luego de evaluar de manera integral la situación, puede indicar la internación o el seguimiento ambulatorio. Si la persona usuaria tiene un equipo tratante en otro efector, se gestiona elnexo. Caso contrario, se lo cita a un próximo turno control hasta poder garantizar el seguimiento por un mismo equipo tratante.

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, cuando el equipo de guardia evalúa que la internación aportará a la persona mayores beneficios terapéuticos que los que tendría en el ámbito extrainstitucional, se indica su ingreso. Si el usuario comprende la situación, se le explican las razones de la intervención, la estrategia a desarrollar y los beneficios pretendidos; queda luego esto plasmado con la firma del consentimiento informado, e ingresa de manera voluntaria a la internación. Si la persona no está en condiciones de comprender o existe riesgo cierto e inminente para sí misma o para terceros, la modalidad de internación es involuntaria. En ese caso, se realiza un informe de ello y se lo eleva a la oficina de Capacidad Jurídica y al Órgano de Revisión.

Una vez solicitada la cama en admisión de pacientes y según la necesidad de atención de su cuadro, ingresa al sector de cuidados críticos, intermedios o mínimos. En muchas oportunidades, las personas toman contacto con el servicio de Salud Mental luego de haber cursado una internación en cuidados críticos como, por ejemplo, debido a episodios graves de intoxicación aguda por consumo abusivo de sustancias psicoactivas, sobredosis medicamentosa con fines

autolíticos o descompensación de su cuadro psicopatológico en Salud Mental. Cuando el motivo de consulta es un intento autolítico, se completa la planilla epidemiológica, que luego pasa al sector correspondiente con el fin de realizar estadísticas y, a partir de ello, poder organizar programas de prevención.

La internación se lleva a cabo en sala general, es decir, se comparte la atención con personas usuarias de otros servicios como Cirugía, Traumatología, Clínica Médica, Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Algunas habitaciones tienen la salida de su ventana al exterior con altura, por lo que se les colocaron rejas como medida de seguridad. Además, desde hace dos años aproximadamente, se estableció un puesto policial permanente en el ingreso al sector de cuidados mínimos. El sector de cuidados críticos cuenta con ocho camas, dos de ellas con características de aislamiento y un baño individual cada una.

Una vez ingresado, se recuerda al usuario y su acompañante las pautas institucionales y las características propias de funcionamiento: que es un hospital general con horarios de visita establecidos y normas que permiten una convivencia armoniosa con el resto. A pesar de ello, y dadas las características de la población atendida, juntamente con la infraestructura edilicia, muchas veces dicho encuadre se ve afectado, ya sea por el ingreso de sustancias prohibidas o falta de adecuación de las personas a las pautas hospitalarias.

La modalidad de trabajo es diaria, con una referente por la disciplina de psicología y psiquiatría. Se suman además las disciplinas de trabajo social, enfermería, acompañante terapéutico, residentes de psiquiatría y de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental y un operador.

El número de personas atendidas bajo internación suele ser variable, entre siete y catorce internados. El rango de días de internación es de una a dos semanas, siendo más frecuentes las internaciones de mujeres jóvenes y adultas. Existen algunos casos aislados en que dicho periodo se

extiende, dado que no existe una red sociofamiliar, y los hogares, los refugios o las casas de medio camino no tienen la posibilidad de incorporar nuevos integrantes. Los ingresos más frecuentes se deben al consumo problemático de sustancias, intentos de suicidio, trastorno del estado de ánimo junto con violencia y maltrato de la diada madre/hijo.

Durante la internación se realiza la evaluación, el diagnóstico y el pronóstico, haciéndose énfasis en la psicoeducación, la toma de conciencia y la situacional del estado de salud mental. De ser necesario, se instaura esquema psicofarmacológico y se llevan a cabo entrevistas diarias interdisciplinarias, tanto individuales como familiares. En este último periodo, se incorporó espacio de psicoeducación con la familia de los usuarios internados. En la mayoría de los casos, se solicita la presencia de un acompañante de manera permanente. Sin embargo, este requerimiento se ve obstaculizado debido a la falta de red socioafectiva, y es allí cuando se gestiona la solicitud a otros efectores para garantizar el cuidado. En estos últimos tiempos, nos encontramos con la dificultad de no contar con dicho recurso humano, a lo que se suma también la negativa de poder obtener la asignación de subsidios.

Como actividad para el manejo del tiempo en la internación, se les ofrece a las personas internadas la posibilidad de participar en los dispositivos de arte, fútbol y huerta. También existe la coordinación con un centro de día de la zona asistiendo a diferentes talleres con el objetivo de incorporar una mejor reinserción socioproductiva y laboral a los usuarios internados. Adicionalmente, el hospital cuenta con un espacio verde al cual se le incorporó mobiliario para compartir un encuentro con las familias en los horarios de visita o un momento de esparcimiento con otros internados. Previo a la etapa de egreso, se suelen otorgar permisos de salida de manera gradual y progresiva.

Son frecuentes las articulaciones con Subsecretaría de Recursos Humanos, Defensoría de los Derechos del Niño, Adolescentes y Adultos Mayores, Defensoría de Familia,

Órgano de Revisión, Oficina de Capacidad Jurídica, Registro Civil (gestión de DNI) y entidades educativas e instituciones de salud del ámbito privado.

Los obstáculos que se nos presentan para las externaciones se vinculan con factores externos que dependen de la línea política provincial y nacional, y al hecho de que la asignación del 10 % del presupuesto destinado por ley al sector de la salud mental no se ve reflejada en la realidad. El nivel socioeconómico de la población es de medio a bajo, y existe una marcada deserción educativa. Paradójicamente, la oferta laboral en las actividades petroleras es alta y no se condice con los sueldos de la mayoría de los habitantes.

## **Construyendo la interdisciplina en una sala general**

Lautaro, de 30 años, es un usuario que ingresó en mayo de 2023 por la guardia general, traído por el Sistema de Emergencias Médicas de Neuquén (SIEN) desde su domicilio, luego de un episodio de excitación psicomotriz con heteroagresividad y consumo de marihuana. Presenta antecedentes de tres internaciones previas por salud mental (una en 2019 y dos en 2020) con un promedio de entre siete y catorce días de duración.

Al ingreso presentaba desorganización conductual severa, con ideación delirante de tipo paranoide, alucinaciones auditivas de tipo comando, con antecedentes de insomnio de varios días de evolución, timia displacentera e ideas de muerte. Como comorbilidades presentaba hipertensión arterial no tratada ni controlada, obesidad mórbida, síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) e hipertrofia bilateral de adenoides.

Al inicio, el equipo interdisciplinario de Guardia de Salud Mental definió realizar la internación de carácter involuntario, ya que evaluó riesgo cierto e inminente para sí y para terceros. Debido a que no cedían los episodios

de heteroagresividad hacia el personal de salud y hacia su madre (único referente familiar), sumado a la oposición activa de toma de medicación vía oral, se indicó medicación sedativa intramuscular y se decidió reforzar los cuidados permanentes por las fuerzas de seguridad. Teniendo en cuenta esta situación, se articuló con la Subsecretaría de Capital Humano para solicitar implementar la figura de un cuidador, con el objetivo de preservar la salud de su único familiar referente y poder garantizar la fuente de ingreso económico de esta. Por falta de recurso humano, la respuesta a dicho pedido fue negativa.

Con el transcurso de los días de internación, se comenzó a observar moderada mejoría de los síntomas que motivaron su ingreso. El equipo de sala de internación articuló con diferentes disciplinas para el abordaje, trabajando con personal de enfermería para hacer hincapié en la supervisión de la toma de medicación diaria, con personal de Clínica Médica para evitar complicaciones respiratorias y evaluación metabólica, con servicio de Nutrición para establecer el inicio de hábitos alimentarios saludables y con Otorrinolaringología, para la evaluación de su hipertrofia bilateral de adenoides. A pesar de todas estas medidas de cuidados implementadas, las alucinaciones auditivas de tipo místico y paranoide junto con los pensamientos intrusivos continuaron.

Es en este marco en el que Lautaro prendió fuego la cortina de una habitación y agredió físicamente a su madre. Teniendo en cuenta que en el hospital la internación de Salud Mental se realiza en un espacio físico compartido con el resto de las especialidades, toda esta situación generó un marcado malestar general del personal de salud. Esto nos convocó a continuar trabajando en interdisciplina con todas las áreas involucradas. A pesar de los esfuerzos realizados, luego de unos días, se derivó a Lautaro a un centro de mayor complejidad para continuar con su abordaje y, luego de veinte días, se estabilizó en sus síntomas y se le otorgó el alta.

Debido a la falta de recurso humano de su centro de salud de georreferencia, Lautaro continúa su abordaje con los profesionales de salud del hospital. Recibe medicación de depósito de manera quincenal, conjuntamente con administración oral, abordaje psicoterapéutico semanal, visitas terapéuticas en su domicilio, y se continúa trabajando para la asistencia a talleres comunitarios con la finalidad de su reinserción socioproductiva.

## Cierre

A partir del año 1994, con la modificación de la Constitución Nacional, Argentina se sumó a un movimiento generado a nivel mundial tendiente a promover y garantizar los derechos humanos. Esto se vio materializado a partir de otorgarse rango constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Así surgió un cambio de paradigma que comenzó a cuestionar las ideologías y prácticas en el ámbito de la salud en general y de la salud mental en particular. Se cuestionaron las instituciones de salud de carácter asilar, donde no solo no se recibía un tratamiento adecuado, sino que también eran violentados los derechos de las personas que allí se encontraban. Fue en este marco en el que comenzó a gestarse la Ley Nacional de Salud Mental (2010), sentando el marco normativo para el abordaje de las personas con padecimiento mental, para garantizar sus derechos, y considerando que las internaciones por salud mental deben ser lo más breves posible, indicadas por un equipo interdisciplinario y siempre que aporten mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones obtenidas en el ámbito familiar, social y comunitario.

La falta de apoyos sociosanitarios junto con la inexistencia de los recursos para vivir en condiciones dignas es uno de los principales factores de prolongación de las internaciones. Muchas veces, los intentos frustrados de articulación

interinstitucional e intersectorial refuerzan la idea de que, ante el posible abandono o desprotección por la falta de respuesta de otros efectores, es preferible mantener la internación. Desde este equipo de sala, consideramos que aún tenemos muchos desafíos a nivel intersectorial, institucional e interdisciplinario que sortear y trabajamos día a día en pos de garantizar un tratamiento personalizado, como un “traje a medida”, que restrinja lo menos posible la libertad de la persona con padecimiento mental, mediante el acompañamiento y la participación de los referentes afectivos, destinado a la recuperación, cuando esta sea posible, y a la preservación de la salud integral con reinserción sociocomunitaria.

## Referencias bibliográficas

- Hospital Dr. Horacio Heller (s. f.). Un poco de historia. En <https://hhheller.org/institucional/historia.html>.
- INDEC (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>.
- Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén (s. f.). Planes regionales de salud. En <https://salud.neuquen.gov.ar/planesregionalesdesalud/>.
- Schiavone, M. *et al.* (2011). Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 124(3).
- República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-170698>.



# La integración de la salud mental con la salud infantil y de la mujer

*Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada  
Concepción de María, La Rioja,  
provincia de La Rioja*

ALBERTO GUSTAVO NÚÑEZ, MARÍA EMILIA CEJAS AGÜERO,  
NELSON ALEXIS PAVÓN Y MAGDALENA WAMBA

## Introducción

El acceso a la salud mental es un derecho fundamental y un pilar esencial de atención sanitaria. El presente capítulo refleja la historia y el funcionamiento actual del servicio de Salud Mental del Hospital de la Madre y el Niño de la provincia de La Rioja.

El servicio corresponde al tercer nivel de atención, siendo un hospital general para mujeres embarazadas e infancias, único en su tipo a nivel provincial. Cumple un rol central en la atención de la salud mental, además de consolidarse en centro de formación de recursos humanos de carreras de grado y posgrado de universidades públicas y privadas, a nivel provincial y nacional. Busca garantizar el acceso equitativo a la atención mediante un enfoque articulado e intersectorial, considerando la complejidad del padecimiento mental y la necesidad de estrategias integrales de abordaje.

## El hospital

El Hospital de la Madre y el Niño (HMyN) se encuentra en la capital de la provincia de La Rioja, con dependencia del Ministerio de Salud de la provincia. La atención por consultorios externos comenzó en diciembre de 2012. En febrero del año siguiente, se incorporó personal administrativo y profesional concursado. El 21 de marzo de 2013, se trasladó el primer paciente desde Neonatología del Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros, que hasta ese momento era el único hospital público con el que contaba la ciudad de La Rioja y atendía a toda la población (hombres y mujeres de todas las edades), instituyéndose esta fecha como aniversario de la institución. El hospital recibe a toda la población sin importar su tipo de cobertura en salud.

El hospital cuenta con 220 camas y brinda atención a pacientes de los dieciocho departamentos de la provincia y provincias vecinas, siendo un centro de referencia a nivel regional. Las prestaciones son ambulatorias y de internación, incluyendo atención prenatal y pediátrica, atención de embarazo, parto, puerperio y ginecología. Las camas del internado se asignan de acuerdo con la patología de ingreso y su complejidad, y se encuentran organizadas por servicios.

El edificio del HMyN tiene una superficie cubierta aproximada de 20.000 m<sup>2</sup> y un importante parqueizado. Consta de dos plantas principales y un subsuelo. En planta baja, se encuentran los servicios de Guardia Pediátrica y Obstétrica, el servicio de Cirugía Plástica y Quemados, tamizaje neonatal, Anatomía Patológica, Neonatología, Terapia Intensiva Obstétrica y Pediátrica. En esta planta, además, se ubican la farmacia del plan SUMAR, consultorios de salud sexual y reproductiva; espacio amigo de la lactancia, cantina, economato, área de farmacia, cocina y el área de nutrición; central de turnos, consultorio de orientación médica; oficina de comunicación a distancia (OCD); también consultorios externos de pediatría, de embarazo de alto riesgo y

de ginecología, servicios de Rehabilitación y Salud Mental, Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio y áreas de gestión. En el primer piso, funcionan dirección ejecutiva, dirección médica y oficina de los coordinadores; cuenta también con un área de docencia, que incluye aulas y las bedelías de la Universidad Nacional de La Rioja y de la Fundación H.A. Barceló y auditorio; y en otro sector de este primer piso, el internado de los servicios de Pediatría, Maternidad y Ginecología. Por último, en el subsuelo, se localizan el área de servicios generales, mantenimiento, esterilización y acceso del personal.

Dentro del hospital, se cuenta con una residencia para madres, donde se alojan mientras dura la internación de sus hijos. También se dispone de una escuela hospitalaria y de la biblioteca hospitalaria móvil Luciérnagas.

En los servicios de Internación, las habitaciones son dobles; cada habitación tiene una superficie aproximada de 25 m<sup>2</sup>. Incluyen baño, además de camas y sillones-cama para acompañantes. Están iluminadas de forma natural, y las ventanas cuentan con cortinas *blackout*. El 80 % de las habitaciones tiene televisor, y la edificación y el mobiliario se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento.

## La salud mental en el hospital

Al momento de la apertura del hospital, la oferta de atención por Salud Mental constaba de cuatro psicólogas del servicio de Rehabilitación, quienes realizaban atención en consultorios externos, interconsultas del internado y guardias pasivas de veinticuatro horas los siete días de la semana. La especialidad de psiquiatría era cubierta por profesionales del servicio de Salud Mental del Hospital Vera Barros, medida establecida por resolución ministerial.

Al poco tiempo de haber comenzado la atención hospitalaria, llegó derivado el primer caso de intento de suicidio

de un adolescente del interior provincial, lo que demandó el armado de una estrategia de atención integral. A partir de ese caso y de dos internaciones prolongadas de más de cien días de niños internados por oficio judicial, se comenzó a plantear la necesidad de organizar un servicio específico de Salud Mental en el hospital.

El aumento de la demanda, la complejidad de situaciones atendidas y la decisión política confluyeron para que el 7 de julio de 2017 se inaugurase el servicio de Salud Mental del HMyN, siendo el primer servicio de Salud Mental incorporado a la estructura edilicia de un hospital general en la provincia de La Rioja. El servicio se inauguró con un equipo de cinco psicólogas, una psiquiatra, una terapeuta ocupacional y un trabajador social a cargo del servicio. Dicha jefatura se formalizó en la estructura del hospital mediante concurso en el año 2022.

En la actualidad se brinda atención especializada a niñas, niños y adolescentes (NNyA) hasta los 14 años y 11 meses, embarazadas, púerperas y mujeres con y sin hijos que requieren atención ginecológica ambulatoria y en internación.

El equipo de Salud Mental interviene de acuerdo con la demanda. Cuando una persona ingresa por guardia central, se realiza la valoración clínica mediante sistema de *triage* y se convoca a la guardia pasiva de psicología y psiquiatría, que funciona las veinticuatro horas los 365 días, la cual realiza una evaluación para definir si es necesaria la internación por motivos de salud mental, por riesgo para sí o para terceros, o el seguimiento por consultorio externo. Las guardias pasivas conformadas por una psicóloga y un psiquiatra son de rotación semanal. Al ser las internaciones de NNyA de carácter involuntario, se comunica a la Dirección General de Niñez y Adolescencia y a la Unidad de Salud Mental del Ministerio Público de la Defensa para el correspondiente control de legalidad.

En la actualidad el servicio está conformado por ocho psicólogas, una psiquiatra, tres trabajadores sociales, dos psicopedagogos, una licenciada en Teatro y un administrativo, quienes cumplen una jornada laboral de seis horas de lunes a viernes, teniendo otros empleos adicionales. La atención se realiza en dos turnos en la franja horaria de 7 a 19 horas. Además, se cuenta con un psiquiatra externo al hospital, quien realiza guardias pasivas dos semanas al mes. Durante 2025 se adicionó una guardia activa los fines de semana, en el horario de 8 a 20 horas, siendo cubierta de manera rotativa por profesionales de psiquiatría, psicología y trabajo social. El equipo del servicio puede supervisar casos clínicos con expertos de distintas especialidades de otras provincias, actividad financiada por el hospital.

Los pedidos de interconsultas son recibidos por el personal administrativo del servicio, que los comunica al equipo para su intervención. Ante el gran número de derivaciones que el servicio recibe de otras instituciones, se estableció que los miércoles y viernes de manera alternada se realicen entrevistas de admisión a cargo de las profesionales de trabajo social y psicopedagogía. Las derivaciones provienen de instituciones como la Dirección General de Niñez y Adolescencia, la Dirección de Gestión y Promoción de la Familia, el Juzgado del Menor, Juzgados de Violencia de Género, la Secretaría de la Mujer, el Programa Crecer Sanos, equipos de orientación y acompañamiento escolar, los centros de salud de primer nivel de la capital, los hospitales del interior provincial y organizaciones comunitarias y consultorios externos del hospital.

En las admisiones, se realiza una entrevista preliminar con el responsable adulto para identificar el motivo de consulta y evaluar si la situación planteada requiere tratamiento. En caso de ser necesario, la persona iniciará su tratamiento por consultorio externo. Los principales motivos de consulta son trastornos de ansiedad, trastornos

de conducta, trastornos del neurodesarrollo, abuso sexual infantil, violencia de género y consejería sobre interrupción voluntaria del embarazo.

Otras intervenciones del servicio son las siguientes: *talleres para padres* de pacientes internados en Neonatología, buscando la elaboración de situaciones traumáticas y el fortalecimiento del vínculo con sus hijos; el *taller de imaginaria*, en el cual se realiza terapia artística para personas usuarias del servicio, como espacio alternativo para su alivio, recuperación e inclusión; también se implementa el proyecto de *psicoprofilaxis quirúrgica*, orientado a pacientes y sus familias con el propósito de disminuir los niveles de estrés y evitar situaciones traumáticas al realizarse procedimientos médicos e intervenciones quirúrgicas; a su vez, se cuenta con el proyecto de *consultorio virtual de salud mental*, que busca garantizar el acceso de NNyA y sus familias de distintas localidades de la provincia a consultas, evaluación y asistencia en Salud Mental desde un hospital de tercer nivel.

Los integrantes del equipo también participan en los ateneos centrales del hospital y se publica anualmente la revista *Tejiendo Historias*, en la cual se comparte el trabajo desde múltiples miradas teóricas y epistemológicas. Otra actividad son las reuniones de equipo para intercambio de información y discusión de casos clínicos. Adicionalmente, se desarrolla el proyecto “Cuidando a los que cuidan”, destinado a personal hospitalario, como respuesta a la necesidad de un espacio de expresión y contención, en el cual se trabaja cómo el cuidado es un proceso dinámico y constante, donde se reconoce que aquellos que cuidan también necesitan ser cuidados.

El servicio es centro de rotación para estudiantes de las licenciaturas en Psicología y Psicopedagogía, y de posgrado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria y de la Diplomatura en Psicopedagogía Hospitalaria. Además de la asistencia en internado y consultorios externos, se realizan encuentros en el marco de la Mesa Intersectorial por las Infancias. Valga mencionar también que el

equipo del servicio participó de la elaboración de la Ley Provincial de Salud Mental n.º 10.210, sancionada el 10 de octubre de 2019.

Finalmente, cabe señalar que el hospital cuenta con un sistema de gestión informático que permite la elaboración de estadísticas de atención. A partir del análisis de la información, se confeccionó un flujograma de atención, el cual fue difundido entre diferentes efectores públicos y privados, a fin de evitar derivaciones innecesarias.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El Hospital de la Madre y el Niño es el único effector en la provincia que puede internar a NNyA por Salud Mental. La Ley Nacional de Salud Mental (2010) establece que la internación debe ser argumentada y justificada, es decir, debe demostrarse que no existen otras alternativas superadoras y que el motivo que la fundamenta está basado en los beneficios terapéuticos de la persona usuaria (Azar, 2022).

En el caso de nuestro hospital, las internaciones por Salud Mental se realizan en los distintos servicios donde se asignó como mínimo una habitación para estas internaciones, aunque el número se puede ampliar en caso de que aumente la demanda. Esta asignación de habitación se hizo con el fin de garantizar condiciones de seguridad, como por ejemplo sellado de ventanas y retiro de objetos que puedan revestir peligro para las personas internadas, su acompañante y el personal hospitalario.

Como se mencionó anteriormente, tras la valoración clínica en el servicio de Guardia y Emergencias, la internación es decidida por indicación de los profesionales de Salud Mental, a partir de la existencia de riesgo para sí o para terceros. Puede ocurrir que, al momento de la evaluación, no exista red de apoyo que acompañe un tratamiento ambulatorio.

Los motivos de ingreso más frecuentes suelen ser intentos de suicidio, episodios de excitación psicomotriz, ataque de pánico, autolesiones, consumo de sustancias, violencia de género y abuso sexual.

Como plantea la legislación, las internaciones son un recurso terapéutico y deben ser por el menor tiempo posible. Por ello, en este hospital las internaciones suelen tener una duración de entre veinticuatro horas y quince días. Excepcionalmente, el tiempo de internación puede ser de hasta tres meses, principalmente en aquellos casos relacionados con trastornos alimentarios.

Durante la internación, de acuerdo con el cuadro, se conforma un equipo de cabecera integrado por psiquiatra, psicóloga, trabajador social y, en caso de ser necesario, psicopedagogo. Este equipo de cabecera evalúa diariamente al paciente e informa a sus acompañantes sobre su evolución y conductas que seguir. También se realiza devolución y orientación al personal médico y de enfermería. La intervención del área social es fundamental para evaluar si la persona internada cuenta con una red de apoyo o si se encuentra en una situación de vulnerabilidad. En estas situaciones se articula con la Dirección de Niñez y Adolescencia, con el fin de adoptar medidas de protección o excepcionales para garantizar el cuidado en dispositivos especializados hasta identificar un referente afectivo. En caso de ser necesario, se gestiona el Documento Nacional de Identidad o acta de nacimiento en la oficina del registro civil del hospital.

En los casos de violencia de género o consumo problemático de sustancias en mujeres y gestantes, se realiza un trabajo coordinado y articulado con la Secretaría de la Mujer, Género y Diversidad. En muchos de estos casos, la persona debe ingresar a un hogar de protección o debe continuar con tratamiento ambulatorio en hospital de día u otro efector especializado por consumo problemático de sustancias.

Mientras la persona permanece internada, una vez estabilizado su cuadro, se planifican desde el equipo de cabecera

distintas intervenciones: asistencia a la escuela hospitalaria, la incorporación en alguna actividad lúdica a cargo de la licenciada en Teatro que concurre en el turno tarde, incluso en fines de semana, o la participación de la biblioteca hospitalaria móvil que diariamente recorre los pasillos del internado. El servicio actualmente no cuenta con profesionales de terapia ocupacional, por lo que se solicita interconsulta a profesionales del campo pertenecientes al servicio de Rehabilitación. Para garantizar mejores condiciones de internación, en algunos casos se solicita asistencia al voluntariado hospitalario, quienes colaboran con la entrega de ropa, elementos de higiene o compañía. El equipo de cabecera autoriza la circulación por los pasillos del hospital, salidas a los patios, capilla, cantina, comedor de la residencia de madres o concurrencia a tratamiento en consultorios del servicio.

Una vez que la persona internada se encuentra en condiciones de egreso hospitalario, se busca referenciar con el hospital más cercano al lugar de residencia. Allí interviene el área social y la oficina de comunicación a distancia (OCD) para el envío de epicrisis, resumen de historia clínica e indicaciones terapéuticas. También se articula con los centros de atención primaria de la ciudad capital y del interior de la provincia, donde los agentes sanitarios y los trabajadores sociales son un nexo fundamental para el seguimiento de los pacientes. Estos recursos profesionales buscan acortar las brechas y distancias, considerando que la provincia de La Rioja tiene una gran dispersión geográfica y escasez de profesionales en los departamentos del interior provincial.

De este modo, al momento del alta, la persona se retira con turnos programados para continuar su tratamiento ambulatorio por consultorios externos o con la correspondiente derivación. Si la persona es del interior de la provincia y debe concurrir a control con varias especialidades, se prioriza unificar los turnos en un mismo día, contemplando la situación económica y las limitaciones de los medios de transporte públicos existentes de la provincia. En algunos casos se articula con los distintos municipios, las áreas

de desarrollo social y demás hospitales para el traslado de pacientes a control.

En los últimos tres años, una de las problemáticas complejas que requieren intervención del servicio de Salud Mental es el consumo problemático de sustancias en personas gestantes. Según estadísticas hospitalarias, en 2023 se detectaron 11 casos de consumo, en 2024 hubo 48 casos y en los primeros cinco meses de 2025 se detectaron 42. Ante el crecimiento exponencial de esta problemática, se realizaron reuniones con autoridades ministeriales para definir líneas de trabajo, acuerdos con dispositivos públicos para gestión de turnos y articulación con el primer nivel de atención para el seguimiento de pacientes y formulación de protocolo para intervención en la problemática. El hospital no realiza tratamientos por consumo problemático; sin embargo, mientras dura la internación, el equipo de Salud Mental asiste a las pacientes gestantes hasta los cuarenta días posteriores al parto y realiza las derivaciones correspondientes.

Otro servicio donde se asiste desde Salud Mental es Ginecología, en aquellas pacientes que se internan para intervenciones quirúrgicas programadas, tratamientos oncológicos, violencia de género y abusos sexuales. Se reciben los pedidos de interconsulta y se concurre para definir qué áreas intervendrán y cuál será la modalidad de seguimiento durante la internación y posterior al alta.

## **Cuando comer genera sufrimiento**

Describiremos a continuación el caso de Manu, derivado por su pediatra de cabecera en consultorio privado a la gastroenteróloga pediátrica para valoración por presentar riesgo clínico por bajo peso.

En el hospital, la gastroenteróloga decidió internarlo en el servicio de Pediatría, por la negativa de Manu a ingerir

alimentos. Se le colocó una sonda nasogástrica y se solicitó intervención al servicio de Salud Mental. Se realizó evaluación del equipo de Salud Mental mediante entrevistas con Manu y su madre, las cuales orientaron un diagnóstico de anorexia nerviosa. Manu era un niño de 11 años al momento de la internación. Vive con su madre y su hermano de 6 años. Sus padres se habían separado, y su papá formó una nueva pareja y tuvo otra hija. Su madre se encontraba en tratamiento psiquiátrico y psicológico por trastorno de ansiedad, y relataba estar atravesando un duelo familiar reciente (pérdida de su abuela materna).

Durante la internación se continuó asistiendo al paciente y su familia, y se realizaron varias reuniones de equipo con la pediatra del hospital, la nutricionista, la gastroenteróloga, personal de enfermería y de servicio de alimentos, a fin de ir acordando y evaluando paulatinamente el proceso de Manu. Cabe destacar que se puso en valor la necesidad y la importancia del trabajo interdisciplinario, que se sostuvo producto de la comunicación fluida y constante, las reuniones frecuentes del equipo y la importancia de que todo el personal que intervino pudiera comprender la necesidad de ampliar el campo de cuestiones meramente físicas y tener en cuenta aspectos subjetivos e intersubjetivos en el proceso de atención hacia Manu y su familia. Es de destacar que Manu continuó asistiendo de manera virtual a las clases de su escuela y así pudo sostener su rutina educativa, brindándose sugerencias por parte del equipo a sus docentes.

Posterior al mes de internación, Manu obtuvo el alta hospitalaria. Se establecieron pautas para la continuidad del tratamiento con su pediatra de cabecera y seguimiento con el equipo de Salud Mental. Manu asiste hasta la actualidad, una vez por semana de manera regular y continua, a controles por psiquiatría. El tratamiento por psicología se finalizó al año, dados los logros alcanzados a nivel emocional.

La atención de Manu fue un desafío para el equipo, porque nos invitó a plantearnos interrogantes, hipótesis, buscar supervisión con profesionales de trayectoria,

permitiéndonos construir experiencia empírica para intervenir en otras casuísticas similares que se presentan con frecuencia y así cualificar la capacidad de respuesta desde el hospital. Ser un hospital escuela demanda que los resultados y los procesos se registren y socialicen, por lo cual el caso de Manu se presentó en los ateneos centrales del hospital con muy buena recepción.

## Cierre

Sistematizar nuestras experiencias a lo largo de estos ocho años nos plantea el desafío de continuar formándonos, proyectando y planificando, sin desconocer la dimensión histórica que cimentó la consolidación de un servicio de referencia capaz de responder a las demandas y problemáticas de la época.

A partir de nuestras prácticas, pudimos construir un enfoque integral de abordaje a las problemáticas que se presentan en un hospital especializado en salud infantil y de la mujer. Estos años de trabajo nos permitieron comprender que el trabajo en salud mental trasciende el ámbito clínico y exige una escucha activa y comprometida, que involucra también a los referentes familiares, comunitarios e institucionales.

Consideramos como un posible desarrollo desde nuestro servicio la conformación de una residencia en Salud Mental Materno-Infanto-Juvenil, que aporte a la formación de profesionales con una perspectiva de salud mental integral y comunitaria, en la cual es esencial el hospital general como un componente estratégico de la red de atención.

## Referencias bibliográficas

- Azar, B. (2022). La internación en Salud Mental en hospitales generales: ¿solución de compromiso o práctica contrahegemónica? En *Actas del XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIX Jornadas de Investigación, XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, IV Encuentro de Musicoterapia* (pp. 150-160). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Congreso de la República (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*.



# Barajar y dar de nuevo: algunas apreciaciones sobre los procesos de internación en Salud Mental

*Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires*

CAMILA LORENZI

## Introducción

En este capítulo intentaré brindar un acercamiento a las prácticas de atención-abordaje de la salud mental en el ámbito hospitalario desde mi recorrido profesional y lectura disciplinar desde el trabajo social. Toda intervención profesional es una apuesta: conformar una práctica que esperamos sea acorde a las necesidades de las personas y que pueda acercarlas a una vida más saludable y justa.

Quisiera aclarar que la construcción de la lectura disciplinar que compartiré se encuentra influenciada por los recorridos y las experiencias de quienes trabajan conmigo y con quienes comparto la tarea cotidiana. Toda institución en la que nos incluimos ya porta una historia y una manera de hacer/pensar las cosas. Eso es material fundamental para entender el porqué de ciertas lógicas y prácticas que continúan reactualizándose en el hoy.

Para brindar un poco de contexto, comparto que la escritura de este capítulo se dio en dos momentos claramente diferenciados: la entrega del primer borrador fue a principios de marzo de 2025, previo a una inundación importante sufrida en la ciudad de Bahía Blanca, lugar

donde se encuentra emplazado este hospital. El escrito fue reconstruido en el marco de la reorganización del hospital y sus prácticas en función de dicho incidente crítico. Teniendo esto en cuenta, intentaré brindar mi perspectiva incluyendo las lecturas institucionales que he podido hacer en el contexto de la contingencia que afectó directamente el desarrollo de las actividades de los agentes de salud.

## El hospital

El Hospital Penna se encuentra ubicado en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires. Es una institución hospitalaria de alta complejidad donde se brinda atención de especialidades médicas y no médicas a toda la población que conforma la Región Sanitaria I de la provincia de Buenos Aires, siendo un hospital de dependencia provincial. La Región Sanitaria I está ubicada en el sur de la provincia y abarca el 25 % de su superficie (79.283 km<sup>2</sup>), siendo la región con mayor extensión territorial. La componen quince partidos, cuya población total, según el Censo de 2022, era de 724.056 habitantes (INDEC, 2023). A pesar de la gran extensión territorial, la densidad poblacional es baja, concentrándose casi la mitad en la ciudad de Bahía Blanca. Quienes acceden a la atención en el hospital son, en su mayoría, personas de escasos recursos económicos, con trabajos no registrados, con necesidades materiales y simbólicas no resueltas, y en situaciones de vulnerabilidad.

Es importante considerar que en Bahía Blanca se cuenta con otro hospital general público, de dependencia municipal. Se trata del Hospital Dr. Leónidas Lucero, ubicado a 6,5 kilómetros del Hospital Penna, y que brinda atención a la población bahiense y dispone de servicios de internación, atención por guardia y consultorios externos.

Como dato relevante, el hospital se inauguró en sus inicios como policlínico, y pasó luego a ser un hospital

interzonal, hecho que implica tener más de un área de influencia. El nuevo edificio fue habilitado en el año 1984 y, con modificaciones estructurales a lo largo de los años, se compone de un edificio central de tres pisos y un subsuelo. Concentra servicios de especialidades médicas y no médicas y se organiza a partir de los dispositivos de consultorios externos, internación y guardia. A su vez, atiende tanto a población adulta como infantil. Ofrece servicios de Diagnóstico, Terapia Intensiva y más de veinte especialidades de salud. Cuenta con 222 camas, según datos oficiales del año 2021 (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2021).

El Hospital Penna gestiona las camas para la internación a partir de un sistema de cuidados progresivos. Sin embargo, dos servicios están excluidos de esta forma de organización: el área materno-infantil y Salud Mental. La primera cuenta con salas especializadas de partos, neonatología, maternidad, pediatría y la unidad de terapia intensiva pediátrica. En cuanto a la atención ambulatoria, de los servicios existentes, el de Trabajo Social sigue una organización diferente a los demás, en cuanto atiende por demanda espontánea y no por consulta programada. A su vez, el servicio de Trabajo Social se divide en tres áreas: salud mental, adultos y niños, articulando su trabajo con las demás disciplinas (Biera, 2019; Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, 2022). Finalmente, es de señalar que la mayoría de los trabajadores de la salud del hospital tienen otros trabajos, tanto en el ámbito público como en el privado.

## La salud mental en el hospital

La oferta de atención por Salud Mental en el hospital incluye internación, guardia, consultorios externos y hospital de día. Ese último dispositivo comunitario se encuentra funcionando en el edificio de la antigua maternidad. Desde

el servicio de Salud Mental, conformado por psicología y psiquiatría, se atiende a personas adultas. Dicho servicio se organiza según jefaturas internas, contando en el organigrama con jefatura de la sala de internación de corto y mediano plazo, así como también una jefatura interna de psicología. Además, dispone de las residencias de psiquiatría y psicología, cada una con su coordinación docente y su jefatura de residencia. El servicio de Salud Mental cuenta con 45 profesionales, entre psicología y psiquiatría de planta y residentes. Quienes hacemos la tarea propia de trabajo social pertenecemos al servicio de Trabajo Social, el cual cuenta con 23 profesionales, entre la planta y la residencia.

Antiguamente, la atención aguda por Salud Mental se brindaba en el hospital psiquiátrico Jaime Bereilh, inaugurado en 1951 y que funcionó hasta el año 2011. En la edificación en la cual funcionaba, actualmente se encuentra un centro comunitario en el que se brinda atención y abordaje de los consumos problemáticos. En el año 2011, las personas que estaban internadas en dicho neuropsiquiátrico fueron trasladadas a la sala 5, ubicada en el edificio central del Hospital Penna, donde históricamente funcionaron los dispositivos de guardia y consultorios externos. Entre 2011 y 2025 (hasta la inundación), la sala de internación de Salud Mental se ubicaba en el subsuelo del hospital, enfrente de la Terapia Intensiva, en lo que fue alguna vez la sala de Neonatología.

Debido a la inundación, todos los dispositivos que funcionaban en el subsuelo (guardia general, guardia de partos, Unidad Coronaria, Unidad de Terapia Intensiva, cuidados especiales, Salud Mental, Nutrición, comedor, farmacia, depósito, recursos humanos, laboratorio) debieron reubicarse en otras áreas del hospital. Así, la internación por Salud Mental pasó a estar, en un primer momento, en la sala de cuidados intermedios con cuatro habitaciones disponibles con tres camas cada una (doce camas en total). A agosto de 2025, la internación por Salud Mental fue reubicada nuevamente y se encuentra en el sector de Cuidados

Mínimos, que funciona en el primer piso del hospital, contando con cinco habitaciones disponibles con tres camas en cada una (quince camas en total).

No solo fue necesario readecuar el espacio físico para continuar con la atención, sino también nuevos acuerdos y alianzas para que pudiera sostenerse el trabajo en ese contexto. Fiel a su organización jerárquica, el hospital cuenta con jefaturas de servicio a quienes hubo que solicitarles colaboración frente a la contingencia, para que el servicio de internación por Salud Mental pudiera continuar funcionando. Así, entre julio de 2025 y septiembre de 2025, se ha compartido espacio de internación en la sala de Cuidados Mínimos, donde transitan su proceso de salud aquellas personas que tienen un mayor grado de autonomía y cuidado que en otras áreas del hospital, pudiendo permanecer con acompañamiento de familiares o referentes durante su estadía.

En líneas generales, el servicio de Salud Mental fue fuertemente afectado por la inundación. Se debió crear una guardia de contingencia ubicada en el pasillo donde funcionan los consultorios externos de Salud Mental, lo que dificultó que los profesionales contaran con un espacio físico adecuado para brindar atención.

Además, en este contexto, el Ministerio de Salud de la provincia –a través del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) y la Subsecretaría de Salud Mental–, junto con el municipio bahiense, puso en funcionamiento las “postas de salud”. Estas postas consistían en equipos interdisciplinarios que atendían en distintos puntos de la ciudad, con el fin de contener e identificar posibles impactos de la inundación en la salud mental de la población.

La implementación de las postas alteró la organización cotidiana del hospital. Los profesionales que integraban esos equipos debían dividir su tiempo entre sus tareas habituales y el trabajo en las postas. A esto se sumaba que la conformación interdisciplinaria “ideal” no coincidía con la disponibilidad real de trabajadores de distintas disciplinas

–por ejemplo, de trabajo social–, lo que afectó de manera directa la calidad de la atención.

Muchos trabajadores del hospital también resultaron afectados por la inundación en sus propios hogares, lo que les impidió retomar sus funciones durante un tiempo. Por otra parte, al no contar con la posibilidad de realizar internaciones breves en la guardia, todas las personas con criterio de internación eran derivadas directamente a la sala de contingencia (Cuidados Mínimos), que se mantuvo con una ocupación mucho mayor a la habitual.

Aún hoy, pasado el momento más crítico, persiste la dificultad de conciliar los tiempos que demandan las situaciones de salud de las personas con los tiempos de la institución y de quienes la integramos. En el trabajo institucional, se pone en juego una tensión permanente entre las necesidades de la población y las condiciones de trabajo, así como la disponibilidad de recursos materiales y simbólicos. A septiembre de 2025, aún no hay plazos claros para el regreso al espacio de internación que funcionaba en el subsuelo.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El hospital, hasta la inundación de 2025, ofrecía el servicio de internación por Salud Mental en una sala específica, con catorce camas. El área de internación está supeditada al servicio de Salud Mental, del cual dependen los profesionales de psicología y psiquiatría que allí trabajan. El área de trabajo social participa del trabajo interdisciplinario de la sala, pero depende del servicio de Trabajo Social. Lo mismo sucede con los enfermeros, quienes trabajan en la sala de internación, pero dependen de su propio servicio de Enfermería.

La dedicación laboral de quienes desempeñan sus tareas varía según la disciplina y los cargos que tengan; la distinción importante que hay que hacer es que los servicios

de Trabajo Social y de Salud Mental están compuestos por profesionales de planta (con cargo concursado o interinato) y por profesionales residentes. La principal diferencia es que las residencias tienen su propio reglamento, con carga horaria diferenciada ya que se incluyen en sus tareas asistenciales los espacios de formación, la cursada a través de la Plataforma Educativa Virtual (PEV) y, en disciplinas como psicología y psiquiatría, las guardias. Como ya se señaló, la mayoría de quienes trabajamos en internación tenemos otros trabajos fuera de la institución.

Volviendo a la internación en Salud Mental, la sala cuenta con una pequeña entrada, al estilo sala de espera, un consultorio para atención a familiares, referentes o para reuniones, un espacio de trabajo (con baño) que comparten los profesionales a diario y la enfermería. Además cuenta con cuatro habitaciones mixtas con tres camas cada una y baño compartido, y dos habitaciones más, una frente al estar de enfermería, donde suele ubicarse a las personas que están en un momento más agudo de su crisis y necesitan mayor presencia del equipo, y otra al fondo de la sala, que generalmente es utilizada para aquellas personas que se encuentran atravesando una internación provisional con la intervención de Juzgado de Garantías o de la Fiscalía, ya que posibilita la presencia de custodias policiales.

Tal como se introdujo anteriormente, a septiembre de 2025, momento posinundación, la sala de internación funciona en otro espacio físico con otras características. Ya no hay patio propio, no hay área de esparcimiento y uso común donde las personas internadas puedan compartir tiempo grupalmente. Sí está la posibilidad de que permanezcan con acompañamiento de familiares o referentes en la estadía de la internación, hecho que antes era imposible. El espacio actual implica moverse por otro mapa institucional y circular por otros espacios no relegados o “exclusivos” para personas que tienen un problema de salud mental, ya que la sala actual comparte espacio físico con otros servicios donde se interna por otros problemas de salud.

Respecto de la población atendida, se interna a personas adultas, tanto varones como mujeres, con un leve predominio de varones. Respecto de los motivos de internación, los más frecuentes son las descompensaciones psicóticas (tres de cada cuatro casos, según los datos del periodo entre agosto de 2023 y agosto de 2024). En cuanto al tiempo de internación, un 37 % son de menos de dos semanas, un 32 %, de entre dos semanas y un mes, y un 31 % tienen un mes o más de duración (Salone y cols., 2024).

Las intervenciones del equipo durante el proceso de la internación dependen mucho de la situación particular de cada persona, aunque la finalidad del dispositivo está orientada a compensar el cuadro psicopatológico de base que motivó la internación. Teniendo en cuenta la inundación, fue necesario incluir los efectos que esta pudo haber tenido en la realidad de la persona internada y de sus referentes afectivos para pensar los procesos de acompañamiento y externación una vez otorgada el alta hospitalaria. Para ser más gráfica, el fin de semana de la inundación, se otorgaron permisos de salida de vuelta al hogar para casi la totalidad de personas internadas por Salud Mental, organizando controles en el hospital con plazos cortos porque no había espacio físico donde pudieran continuar internadas.

En su mayoría, las internaciones son involuntarias, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Congreso de la Nación Argentina, 2010). El equipo evalúa la situación de salud, define un tratamiento farmacológico, conforma redes de apoyo interinstitucionales para el acompañamiento del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, brinda asesoramiento a personas usuarias y referentes afectivos respecto de trámites previsionales y acceso a derechos, y conforma estrategias de intervención que garanticen el acceso a la salud y la vida en comunidad. La internación es pensada como un *artificio*, en el sentido de que se construye como un dispositivo institucional artificial que brinda un encuadre de organización y rutina que no suele estar presente en la vida cotidiana de las personas. Para ilustrarlo,

basta imaginarse a alguien que permanece por un periodo de tiempo (idealmente acotado) en el hospital, en un edificio que no es su casa, donde las circunstancias que conforman su realidad en ese momento hicieron que se encuentre conviviendo con personas que no conoce, compartiendo espacios físicos que no son los propios, teniendo que atenerse a cierta organización y rutina pensada e instaurada por otros con horarios fijos, no pudiendo compartir tiempo con sus familiares o referentes afectivos salvo en el horario de visita.

Se observa que muchas veces la lógica de la ley choca con la realidad de las personas internadas, en el sentido de que aquel contexto en el que vive y se mueve la persona donde surge la crisis no es modificable fácilmente. Basaglia (1979) señalaba que la primera necesidad de una persona con un problema de salud mental no es la cura de su enfermedad, sino las condiciones apremiantes de su existencia: una relación humana con quien lo atiende, dinero, familia. La gran mayoría de las personas internadas en el servicio tienen una realidad económica apremiante, falta de acceso a derechos y serias dificultades para cumplir con sus responsabilidades laborales, familiares y vinculares. Intervenir sobre ello implica acciones que pueden iniciarse durante la internación, pero que no van a verse resueltas en dicho periodo.

Para gestionar todos estos apoyos, el equipo de salud trabaja armando estrategias conjuntas con otras instituciones del ámbito judicial (juzgados de familia, juzgados de garantías, Curaduría Oficial de Alienados, Asesoría de Incapaces, Defensoría Oficial), del ámbito municipal (Secretaría de Salud, Departamento de Salud Mental, centros de salud y unidades sanitarias, equipos de referencia territorial en salud mental, accesibilidad, servicio local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes). Es en ese trabajo con otras instituciones y otros equipos donde se observa la mayor “brecha” de criterios. Las prácticas muchas veces son encasilladas, según el recorte que se haga desde cada ámbito y profesión. Ello suele contribuir

a reproducir una lógica de fragmentación y de falta de integralidad en las intervenciones. Uno de los principales obstáculos es la tarea de referencia-contrarreferencia institucional, ya que cada equipo hace su aporte y tensiona para que sea este el que prime. Así, la tendencia es que el sujeto quede borrado en medio de tales tensiones.

Adicionalmente, las reinternaciones suelen ser frecuentes. Ello genera cansancio y desgaste en el equipo. Generalmente, nos encontramos trabajando con los mismos recursos frente a situaciones que se complejizan cada vez más. Probablemente, las herramientas que hemos construido disciplinariamente necesitan una revisión y lectura crítica, para generar un trabajo situado y contextualizado.

### **La internación como posibilidad de acompañamiento de situaciones complejas**

Desde el trabajo social, es difícil pensar en “caso”, y hablamos más bien de “situación”. No se trata de un concepto que hayamos construido disciplinariamente, sino más bien de comprender que existen situaciones en las que estamos implicados como profesionales, pero también como ciudadanos, con condiciones materiales y simbólicas de vida y existencia, tal como los sujetos con los que trabajamos.

Las situaciones que comparto a continuación dejan en claro la necesidad del aporte disciplinar en el abordaje de salud mental. Las herramientas que construye el trabajo social para hacer lecturas y aportes y construir prácticas en el ámbito de salud incluyen la realidad institucional, la realidad particular de la persona, el contexto socioeconómico y político, la reconstrucción de la demanda. Todo ello se conjuga y configura un proceso de salud particular.

Daniel es un varón de 46 años y hace 30 años vive una situación de consumo problemático. A septiembre de 2025, se encuentra cursando su sexta internación en lo que va del

año. Si bien técnicamente podría no constituir una situación de “internación prolongada”, todo su proceso, que incluye a las sucesivas internaciones, fue necesario y útil. Fueron instancias necesarias para que se iniciasen movimientos que no se hubieran podido dar de otra manera.

Haciendo una revisión hacia atrás del recorrido de Daniel, se observa un punto fuerte importante: su transferencia con el hospital. Siempre recurre a la institución para pedir ayuda, la cual se configura como un testigo de su realidad subjetiva. ¿Por qué es relevante esa relación de Daniel con la institución? Porque brinda la oportunidad de barajar y dar de nuevo, de revisar qué se hizo, qué se puede hacer, qué aspecto priorizar. Permite ir orientando las prácticas, en función de los otros actores institucionales que van apareciendo y, lo más importante, ofrece un margen para conocerlo.

La internación actual, que, a septiembre de este año, se encontraba en curso, es distinta a las anteriores. Ello gracias a que, justamente, las anteriores ocurrieron. En este sentido, Daniel está pudiendo quedarse en el encuadre de una internación voluntaria, aprendiendo respecto de él y de su relación con el consumo. Esta internación le permite historizar su vida, poner pausa a la vorágine de su realidad y encontrarse con aquello que lo conmueve y angustia.

Con la última internación de Daniel, ocurrió algo similar a la elaboración de este escrito: atravesó distintos momentos. Si bien comenzó como una internación voluntaria que permitió trabajar diversos aspectos de su proceso de salud –entre los más relevantes, la reconstrucción de su historia personal, su relación con el consumo y la articulación con otros efectores e instituciones que lo acompañan desde hace años–, en un momento volvió a configurarse una situación de riesgo para él porque retomó el consumo.

El contexto de la sala de Cuidados Mínimos, el hecho de compartir el espacio con otras personas que también atravesaban problemáticas de consumo, la institucionalización prolongada y la demora en construir alternativas posibles

de acompañamiento generaron que reincidiera en el consumo en reiteradas oportunidades. Esto profundizó aún más el agotamiento del equipo. Por ese motivo, se decidió su alta hospitalaria en septiembre de 2025, luego de un episodio de intoxicación dentro del hospital.

Para ese momento ya intervenía, de manera cautelara (es decir, sin sentencia firme), la Curaduría Oficial de Alienados, que implementó algunas estrategias orientadas principalmente a la gestión de recursos económicos –como una ayuda económica, un subsidio de externación o la posibilidad de incluirlo en el beneficio previsional de su madre biológica–. Sin embargo, ninguna de estas medidas logró aliviar la frustración, el cansancio ni las dificultades institucionales para acompañarlo. Así, Daniel egresó del hospital hacia la misma realidad que había quedado “en pausa” durante todo su tiempo de internación.

Otra de las situaciones es la de Agustina, mujer de 22 años. Si bien terminó la escuela secundaria, no trabajaba, y, aunque tenía familiares, estos no podían incluirla en su realidad. Se trata de una situación que implicó múltiples desafíos para el hospital y para los profesionales que acompañamos su proceso. Ingresó a internación por primera vez, en el contexto de la guardia, en mayo del 2023. Si bien allí permaneció pocos días, se inició un camino institucional que finalizó en febrero de 2025.

Agustina cursó múltiples internaciones en el hospital, y obtuvo el alta hospitalaria por una derivación a una clínica privada en otra localidad de la provincia. Su situación constituiría lo que es un “alta demorada”, ya que sobrepasó ampliamente las expectativas de permanencia en el hospital. Prácticamente vivió un año en el hospital, entre ingresos y egresos, no pudiendo sostener el afuera de la institución. Fue paradójico porque nadie creería que alguien se sintiera “a gusto” en el hospital, pero estar allí fue para Agustina lo que le funcionaba o servía en ese momento.

Varias cuestiones entraron en juego en su situación: su historia de vida, las redes institucionales, los vínculos interpersonales, sus herramientas y capacidades subjetivas, el contexto social y económico. También entraron en juego las herramientas disciplinares o profesionales. En esta situación hubo un gran trabajo de articulación con otras instituciones, estatales y de la sociedad civil, para intentar conformar una respuesta que ayudase a Agustina. Dentro de esas instituciones, el hospital es parte de una larga lista de espacios y equipos de trabajo por los que circuló Agustina y que se fueron encontrando con dificultades para acompañar la complejidad de su realidad y su proceso de salud. Las internaciones finalizaron a partir de la intervención de la Curaduría Oficial de Alienados, que ofreció como posibilidad de acompañamiento y de resolución de la necesidad habitacional que fuera a hospedarse a una institución privada.

Para ciertos profesionales, es difícil considerar y asumir que para muchas personas el hospital, y en este caso la internación, es lo que les sirve para sobrellevar su proceso de salud. Aquí hay una tensión con la Ley de Salud Mental (2010), ya que estipula que la internación debería ser la última herramienta a considerar para acompañar a una persona. Más de una situación nos demuestra que es la referencia, la relación, o el vínculo transferencial lo que sirve o funciona y es capaz de reemplazar a todos los otros (personas, instituciones) que quisiéramos que existieran. La tensión existe porque los cambios que se necesitan a nivel vincular, social, político, familiar, económico para que las personas con padecimiento de salud mental realmente puedan considerarse incluidas son lentos y trabajosos, además de que están en constante revisión.

La convicción de que el mejor lugar para una persona con padecimiento mental es la vida en comunidad no cambió, aunque la realidad de las personas nos demuestra

que requieren del hospital. Afortunadamente, este ya no es pensado como en otra época desde el arrasamiento y borrado del sujeto, como totalitaria, sino más bien como una instancia más presente en ciertos momentos de su historia vital y de su trayectoria de salud.

## Cierre

Quisiera finalizar planteando el interrogante por las posibilidades para la internación por Salud Mental en el hospital general y los desafíos que ella implica, y, para responder a ello, creo que la clave está en destacar la importancia de las personas usuarias. Conocer cuáles son sus necesidades, cómo es su contexto, en qué momento de su ciclo vital se encuentran, cuál es su proyecto de vida, cuál es su vinculación con otras instituciones de salud, cuál es su perspectiva sobre la atención que reciben, con qué apoyos cuentan y cómo son sus vínculos afectivos son aspectos fundamentales para comprender los alcances de la internación.

A pesar de desarrollar prácticas en el hospital general, sigue siendo necesario revisar y cuestionar las prácticas manicomializantes que pueden hacerse presentes en cualquier tipo de institución. La interseccionalidad aparece como una herramienta clave para pensar cómo se construye la opresión de diversos sectores de la población en relación con la realidad actual en 2025 en Argentina, donde se agravó la vulnerabilidad social de las personas con padecimiento mental. Además, el desfinanciamiento y vaciamiento de instituciones dedicadas a la atención de la salud mental pone en grave peligro la garantía de los derechos humanos.

Es claro y notorio cómo las situaciones con las que trabajamos se han complejizado, y es necesario que las instituciones puedan redefinir sus objetivos, revisar sus herramientas y ofertar nuevas modalidades de abordaje que sean más cercanas a las realidades de la ciudadanía, incluyendo

la realidad social y económica, la trayectoria de vida de la persona, las características de su proceso de salud, las redes con las que cuenta, qué actividades ha podido desarrollar y cuáles podría llevar adelante en el corto plazo. Es en este punto donde me pregunto si no sería posible flexibilizar ciertas estructuras, como ser la de los plazos de internación, para adecuar los servicios institucionales a las necesidades de la población y promover una circulación más saludable.

En este punto es menester convocar a la ternura, que “como contrapedagogía de la crueldad apunta a recuperar la sensibilidad y los vínculos oponiéndose a las presiones de la época” (Carbón y Martínez Liss, 2019). Como plantea Segato (2018), cuando la crueldad se convierte en hábito, se produce un aislamiento de los ciudadanos mediante su desensibilización al sufrimiento de los demás. La clave para el trabajo en salud mental en general, y en la internación en particular, sería recuperar la ternura, es decir, la sensibilidad ante el sufrimiento de los demás.

## Referencias bibliográficas

- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Topia Editorial.
- Biera, A. M. (2019, marzo). Proyecto de organización, servicio de Trabajo Social.
- Carbón, L. M. y Martínez Liss, M. (2019). La ternura como contrapedagogía del desamparo. En *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.
- Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República*

- Argentina*, 3 de diciembre de 2010. Recuperado de <https://tinyurl.com/yhjtycar>.
- INDEC (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2021). *Camas agudas y crónicas por establecimiento, según región sanitaria, partido y dependencia*.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022). *Plan provincial integral de salud mental: Hacia un sistema solidario e integrado de salud*. Subsecretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos.
- Salone, Y., Valdebenito, Z., Fernández, R., Stante, F., y Orellano, J. L. (2024). *De las puertas para adentro en el servicio de Salud Mental*. XXXII Jornadas Científicas Dr. Carlos Plunkett, Bahía Blanca.
- Segato, R. (2018). *Contrapedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.

# Los tiempos de internación en un hospital polivalente

*Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito,  
provincia de La Rioja*

LILIA DOMÍNGUEZ, MARIELA GONZÁLEZ, CECILIA F. GUARDIA,  
MARÍA BELÉN SANTI Y ZORAIDA YAPUR

## Introducción

En el presente capítulo, se describe el manejo y funcionamiento del servicio de Salud Mental en un hospital polivalente de la ciudad de Chilecito, provincia de La Rioja, y se comparten experiencias sobre el abordaje que se realiza en el dispositivo de internación por Salud Mental. Nos interesa compartir las estrategias de abordaje en Salud Mental en el dispositivo de guardia, y reflexionar sobre los tiempos de internación y sus posibles consecuencias en la continuidad del tratamiento ambulatorio.

## El hospital

El Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta se encuentra ubicado en la ciudad de Chilecito, en la provincia de La Rioja; siendo esta la segunda ciudad más importante de la provincia, ubicada a doscientos kilómetros al oeste de la capital provincial, que cuenta con una población de 60.175 habitantes, según datos del último censo nacional (INDEC, 2022). Este hospital fue fundado el 1 de enero de 1898, fruto del

esfuerzo conjunto de la comunidad; en 1955 adoptó oficialmente su nombre actual en reconocimiento a la destacada contribución de este profesional en su creación (Ministerio de Salud, provincia de La Rioja, 2024).

Orgánicamente, este hospital zonal depende de la Zona Sanitaria III, del Ministerio de Salud Pública de la provincia de La Rioja, que es una de las seis áreas programático-operativas en las que el territorio provincial está sectorizado, siendo su zona de cobertura los Departamentos de Chilecito y Famatina, con sus respectivos distritos y localidades. Cabe destacar que, por su estructura, oferta de servicios y cobertura, el Hospital EHM es el primer efector de salud de la zona ya que recibe la demanda de la amplia franja poblacional que cubre esta área programática.

El H.E.H.M. es un hospital general organizado en los siguientes servicios: Clínica Médica, Pediatría, Obstetricia y Tocoginecología, Unidad de Terapia Intensiva I y II, Neonatología, Traumatología, Cirugía, Urología, Cardiología, Gastroenterología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Kinesiología y Rehabilitación, Nefrología y Hemodiálisis, Hemoterapia, Nutrición, Fonoaudiología, Salud Mental, Servicio Social, Diagnóstico por Imágenes, Vacunación, Laboratorio, Farmacia. En algunas especialidades se brinda atención ambulatoria y de internación según el caso. En la actualidad, el hospital cuenta con 118 profesionales para la atención de las diferentes especialidades. En internación, dispone de 99 camas, incluidas las de Terapia Intensiva de adultos y pediátricas. Cabe destacar que, administrativamente, se cuenta con historia clínica digital (HSI), en donde se registran las intervenciones de guardia, consultorios, interconsultas e internaciones, registros que incluyen tanto las intervenciones ambulatorias como de guardia pasiva.

En cuanto a lo edilicio, se trata de una construcción antigua y deteriorada por el paso del tiempo. En los últimos años, se reacondicionaron estructuralmente y se ampliaron algunas áreas. Una característica geofísica del hospital es

que está ubicado al pie y rodeado de la Sierra del Paimán, lo cual, pese a su belleza, representa una dificultad para el acceso de las ambulancias y de los usuarios, debido a que se cuenta con una sola vía para entrada y salida de vehículos, oficiales y particulares. Los espacios verdes disponibles son escasos.

La población a la que se asiste, en su mayoría, proviene de zona urbana, con cobertura pública exclusiva, con escasos recursos socioeconómicos, y está constituida en su mayoría por empleados públicos y trabajadores rurales informales. Cabe mencionar que la ciudad de Chilcito cuenta con escasa oferta de servicios de salud privados, por lo que el hospital es centro de referencia en la comunidad.

## La salud mental en el hospital

Aunque, como relataremos a continuación, marcamos como fecha de inicio de la atención en Salud Mental en este hospital el año de 2010, nos parece importante mencionar la historia de La Gringa, también conocida como “la Loca de Tilimuqui”, una mujer con un problema severo de salud mental y sin red de apoyo familiar, quien se asiló en nuestro hospital desde su juventud, llegando incluso a tener una habitación propia hasta su fallecimiento en el año 2018. Pese a que no se trató de una internación por Salud Mental en sentido estricto, permite ejemplificar las condiciones sociales de muchas personas, con y sin problemáticas de salud mental de base, para quienes el hospital cumple la función de alojamiento, más que de tratamiento. Su historia hace parte de la memoria colectiva del hospital, ya que su presencia no dejó a nadie indiferente, bien sea por las molestias que ocasionaba o por los vínculos amigables y de cuidado que estableció en sus largos años de transitar por el hospital con sus trabajadores.

En la historia del hospital, como antecedentes de Salud Mental, solo existía un consultorio externo de psicología, sin articulación con el resto de las disciplinas. En 2010, luego de una ola de suicidios adolescentes en el departamento de Chilecito que alertó a la comunidad, surgió la necesidad de crear un equipo profesional interdisciplinario en atención primaria de la salud (APS), el cual se localizaba en el edificio administrativo de Zona Sanitaria III, actualmente funcionando también como centro de atención primaria de salud denominado “CAPS Evita”, ubicado a tres kilómetros del hospital. Dicho equipo quedó conformado por profesionales de psiquiatría infanto-juvenil, terapia ocupacional, psicología y trabajo social.

En 2013 se creó la guardia pasiva individual de Salud Mental en el hospital, con el objetivo de brindar atención frente a las urgencias y emergencias, aunque la atención ambulatoria se continuaba en el Edificio Zona Sanitaria III. En el año 2014, la atención ambulatoria interdisciplinaria se diluyó, y algunos profesionales pasaron a cumplir funciones en el hospital. En 2015, el servicio de Salud Mental se formalizó como tal, con la inclusión de una médica psiquiatra como jefa del servicio. Con la creación del servicio, se dio comienzo a las guardias pasivas por duplas de psicología y trabajo social y, por otro lado, a la guardia pasiva de psiquiatría. En ambos casos la cobertura es las veinticuatro horas los 365 días del año. Por otro lado, la Residencia de Salud Mental (RISaM) del Hospital Vera Barros de la ciudad capital de La Rioja comenzó a hacer una rotación por el interior de la provincia, y como parte de ello se recibieron residentes rotantes de psiquiatría, psicología y trabajo social en nuestro hospital entre 2017 y 2018.

Sin embargo, a partir de 2020 y hasta la actualidad, el servicio de Salud Mental dejó de contar con médico psiquiatra. Esto conllevó una reorganización del recurso humano disponible, y quedó la jefatura a cargo de una de las psicólogas. Como estrategia de atención, frente a la ausencia del profesional especializado en psiquiatría, se capacitó

al personal médico en Salud Mental a través de talleres y jornadas, aplicando y explicando la guía de mhGAP (OPS, 2018). Se distribuyó por todos los servicios del hospital el protocolo y manual de intervención de urgencias psiquiátricas, lo cual permitió incorporar el componente salud mental en todas las intervenciones profesionales del hospital. Si se lo necesita, se realizan pedidos de valoración o derivación de casos complejos al servicio de Salud Mental del Hospital Vera Barros, a doscientos kilómetros en la ciudad capital de La Rioja, a través de consultas telefónicas.

Actualmente, nuestro servicio cuenta con dos profesionales de trabajo social y tres profesionales de psicología, cada una con carga horaria de treinta horas semanales.

Además del dispositivo de *guardia* descrito anteriormente, el servicio de Salud Mental en el hospital realiza diversas acciones. Entre ellas está la *atención ambulatoria* por psicología y trabajo social; *interconsultas* a todas las áreas y los servicios del hospital, con las cuales se logra tener un abordaje integral de la salud; *capacitaciones intrahospitalarias* solicitadas por los jefes de los otros servicios, que incluyen temas como la atención de la urgencia en Salud Mental, estrés pos-COVID-19; abordaje en casos de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes, actualización de protocolos de intervención. Durante la pandemia por COVID-19, se brindaron talleres de estrategias de afrontamiento, contención telefónica a usuarios en contexto de encierro y creación de proyectos para favorecer distracciones y factores protectores. Además, se brindó contención profesional.

Adicionalmente, se realizan acciones fuera del hospital, como talleres de prevención en escuelas (suicidio, *bullying*, factores protectores de salud mental y manejo de las emociones); jornadas recreativas en la plaza principal de la ciudad por el Día de la Salud Mental; articulación y coordinación en red con los sectores de Educación, Justicia, Policía, organismos de protección de la niñez, adolescencia, familia, mujer y diversidades y adicciones. Esta articulación

intersectorial busca conformar alianzas y establecer hojas de ruta de acciones.

La atención desde el servicio se organiza de la siguiente manera: de lunes a jueves, en los horarios de 8 a 12 y de 14 a 18, se realizan las diferentes actividades de atención. Los viernes el equipo se reúne de 8 a 12 para revisar el trabajo y otorgar turnos de psicología y trabajo social, hacer el seguimiento ambulatorio de usuarios que ingresaron por guardia pasiva de Salud Mental y análisis de casos. Los días martes y jueves, se realizan entrevistas de admisión con turnos programados a cargo de las profesionales de trabajo social, y, de lunes a jueves, se realizan consultas por psicología que incluyen psicoterapia individual con niños, adolescentes y adultos y espacios sociofamiliares.

Como servicio de Salud Mental, también contamos con la construcción de la base de datos estadística, a cargo de una psicóloga del servicio. Dicha base, con la que contamos desde 2007, nos permite conocer características de la población a la que atendemos. Por ejemplo, las personas que realizan consultas ambulatorias por Salud Mental en nuestro hospital son en su mayoría mujeres (61 %), con una media de edad de 28 años, siendo la demanda espontánea la más frecuente. En caso de varones, la mayoría asiste por referencia médica o causa judicial. El motivo de consulta principal es sintomatología ansiosa y depresiva en contexto de dinámica familiar disfuncional. Y con respecto a los ingresos por guardia pasiva, se identifica que la conducta de riesgo (ingesta medicamentosa), seguida de intento de suicidio por ahorcamiento y autolesiones, es el motivo principal.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

La mayoría de las intervenciones que requieren del abordaje de la guardia de Salud Mental provienen de la guardia central, donde se recibe la urgencia en primera instancia y

se solicita la asistencia del equipo de Salud Mental según el criterio médico. En función de las estrategias de acción que se deriven de esa valoración inicial, se articula con las dos salas de internación de adultos en el servicio de Clínica Médica o con la sala de internación en el servicio de Pediatría.

Cuando la persona llega a la guardia, la primera intervención está a cargo del equipo médico de guardia, quien se ocupa de la estabilización clínica. Una vez compensado el cuadro, interviene el equipo de Salud Mental, el cual realiza un abordaje psicosocial focalizado en la identificación del motivo de ingreso, la evaluación de la sintomatología presentada y el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y el análisis del contexto vincular acompañante y la red de apoyo. Si una persona presenta síntomas agudos de padecimiento mental, se decide la internación. En caso de que no sea posible manejar el caso, se deriva al servicio de Salud Mental del Hospital Enrique Vera Barros de la ciudad capital. Muchas veces, dicho servicio no cuenta con disponibilidad de camas, por lo cual el usuario a veces regresa a Chilecito con esquema de medicación, indicaciones a familiares acompañantes y turnos con control y seguimiento en su lugar de residencia, sin que se haya realizado internación alguna.

Los motivos de internación más frecuentes son las situaciones de ingestas medicamentosas, ideación suicida, brotes psicóticos, excitación psicomotriz y consumo excesivo de sustancias. Algunos obstáculos para el alta suelen ser la vulnerabilidad social y la falta de red de apoyo.

Durante la internación en nuestro hospital, se trabaja con las familias o los referentes vinculares de las personas internadas, no solo para recabar información, sino para brindar acompañamiento, contención y acordar y planificar estrategias de externación. Al momento del egreso, una vez estabilizado el cuadro que motiva la internación, se otorga turno ambulatorio por consultorio externo del hospital, para realizar seguimiento tanto del usuario como de su red

vincular. Cabe destacar que el equipo que interviene suele realizar seguimiento dos veces al día, según cada caso. Se mantiene comunicación permanente con el equipo médico y enfermería interviniente. Además, se recaba información sobre la situación y se van dando pautas y sugerencias de contención a familiares y cuidadores en cada una de las entrevistas de seguimiento. El servicio cuenta con recursos lúdicos (libros, sopa de letras, mandalas, crucigramas), que son brindados a las personas usuarias para el tiempo libre. También se gestionan permisos para que salgan al *hall* central a caminar.

Existen casos en los que las condiciones de alta están dadas, pero esto no ocurre. Esto suele suceder cuando no hay red familiar o de apoyo continente. Se trata de situaciones de abandono de persona o de personas en situación de calle, donde la intervención es anotar a los organismos que correspondan, por vulneración de derechos. Hasta que se produzcan las medidas necesarias, la persona usuaria permanece internada por razón social. Más allá de estas situaciones, los tiempos de permanencia en internación suelen ser de veinticuatro a setenta y dos horas promedio.

Como equipo tratante nos enfrentamos a una serie de obstáculos que en ocasiones condicionan o limitan nuestra práctica profesional y sus alcances. En primer lugar, al no contar con médico psiquiatra, detectamos mucha resistencia y temor de los médicos del hospital a indicar el abordaje psicofarmacológico y a aguardar el proceso de estabilización del usuario, sobre todo en casos complejos en los que se interrumpe la “tranquilidad del ambiente”. Ello hace que desde el personal médico se insista en acortar la duración de la internación o bien realizar una derivación al Hospital Vera Barros. Esto también dificulta el seguimiento o acceso a consulta por psiquiatría, para lo cual las personas tienen que desplazarse doscientos kilómetros hasta la ciudad de La Rioja, con las dificultades que ello conlleva, bien sea que el traslado se haga con recursos del hospital o de la persona.

## La falta de red de apoyo como obstáculo para el alta

Adrián tiene 46 años de edad y un diagnóstico de esquizofrenia y alcoholismo crónico de larga duración. En el momento en que acudió a la guardia, se encontraba sin tratamiento por salud mental, con deterioro cognitivo y no contaba con red de apoyo que le permitiese mejorar su situación habitacional (hacinamiento, carencia de servicios básicos), aunque tenía una pensión no contributiva por invalidez. Adrián realizaba changas o trabajos esporádicos.

Adrián ingresó a la guardia por presentar un episodio psicótico descompensado. Inicialmente, fue asistido por Clínica Médica y, posteriormente, por el equipo de guardia de Salud Mental, conformado por una psicóloga y una trabajadora social. La valoración realizada identificó que Adrián presentaba alucinaciones, delirios, pensamientos confusos, comportamientos inapropiados y alteraciones sensorio-perceptivas, con un deterioro progresivo desde el inicio de su enfermedad. Se determinó que Adrián reunía criterios de internación y se decidió esta, inicialmente por cuarenta y ocho horas, de acuerdo al protocolo del servicio para cuadros complejos. Fue internado en el servicio de Clínica Médica, donde su tratamiento farmacológico fue seguido por el médico de guardia en sala de internación y, en caso de requerirlo, se comunicaba telefónicamente con el psiquiatra de guardia en el Hospital Vera Barros de ciudad capital. Al no contar con referente vincular afectivo, ni los medios para garantizar su continuidad ambulatoria, el tiempo de internación se prolongó por cuatro días, contrario al criterio principal una vez estabilizado el cuadro clínico a las cuarenta y ocho horas.

Al cuarto día, una vez estabilizado el episodio, se acordó su alta junto al equipo de Clínica Médica y se iniciaron las acciones de articulación con otras instituciones. Al ser su zona de residencia la localidad de Anguinán, a seis kilómetros de Chilecito, se articuló con el centro de atención

primaria de la salud de su misma localidad y con un centro de atención para consumo problemático (MUNAY) ubicado a diecisiete minutos de distancia del lugar de vivienda (13.7 km). A su vez, se garantizó seguimiento domiciliario con un agente sanitario, que cumple funciones en el centro primario de salud. Cabe destacar que cada uno de los dieciséis centros primarios de salud del departamento de Chiclecito cuenta con agentes sanitarios, quienes realizan visitas domiciliarias, censos, consejerías de salud, seguimiento de medicación y de signos vitales, captando a la población para que reciba atención de salud de mayor complejidad. Desde nuestro servicio, las trabajadoras sociales tienen contacto directo con estos agentes.

En el caso de Adrián, al no contar con vivienda, el agente sanitario de Anguinán trató de encontrarle un lugar donde habitar junto con vecinos y personas conocidas en su entorno. De esta manera, se logró su alta hospitalaria tejiendo redes que acompañen su tratamiento ambulatorio. Sin embargo, no se logró brindar respuesta para su problemática de vivienda y socioeconómica, para lo cual resultó necesaria la intervención del área de Desarrollo Social del municipio.

## Cierre

Dentro de nuestra práctica profesional, nos interesa continuar reforzando estrategias en red para el manejo/trabajo en las internaciones. Por un lado, ello implica un abordaje intersectorial de las problemáticas que hacen que las internaciones se prolonguen más allá de la estabilización del cuadro clínico. Por el otro, implica un arduo trabajo intersectorial e intrainstitucional para el manejo y seguimiento de los esquemas psicofarmacológicos, dada la falta de un psiquiatra en el hospital local.

Quisiéramos señalar que, para nuestro equipo, que enmarca su trabajo en la Ley Nacional de Salud Mental, la prolongación de la internación más allá del criterio de alta debe ser evitada, y a ello dedicamos nuestra tarea, la cual se ve dificultada sin una red que aborde integralmente la salud.

## Referencias bibliográficas

- Congreso de la Nación de la República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-173430>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. En <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>.
- Ministerio de Salud de La Rioja (2024). Aniversario del Hospital Eleazar Herrera Motta. Casi siete décadas al servicio de la comunidad. Disponible en <https://tinyurl.com/5d3a5w3c>.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Washington D. C.: OPS.



# Salud mental en el Litoral

*Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe,  
provincia de Santa Fe*

MIRNA CLARISA EMBON, MELINA CASCINO, ROMINA CELLERINO,  
JOSÉ IGNACIO OLIVIERI, GIOVANA FRANZOLINI Y FRANCISCO ROMANG

## Introducción

En el presente capítulo, buscamos compartir con los lectores el modo de trabajo del servicio de Salud Mental del Hospital J. B. Iturraspe. Realizaremos un recorrido histórico acerca del modo de funcionamiento del servicio y sus configuraciones actuales en el marco de un hospital general.

## El hospital

El Hospital J. B. Iturraspe se encuentra ubicado en la ciudad de Santa Fe. Se trata de un hospital público fundado en 1911 y nombrado en honor a un médico, que fuera gobernador de la provincia de Santa Fe, teniendo en ese entonces como principal función ser una casa de aislamiento para enfermos infectocontagiosos –principalmente tuberculosis–. En sus inicios, era un hospital de dependencia municipal, y pasó a ser provincial en el año 1991, cuando se aprobó la conformación del primer Consejo de Administración del hospital, lo que marcó la descentralización, permitió sumar nuevos servicios y modificar su denominación a Policlínico Iturraspe.

Actualmente, el hospital es un importante centro de referencia y atención médica para la región, recibiendo la demanda de toda la zona norte de la ciudad de Santa Fe y alrededores. Hasta el año 2019, se localizaba en una zona céntrica de la ciudad; en dicho año, se mudó a un nuevo edificio, ubicado en una zona estratégica del norte de la ciudad, y modificó su nombre a Hospital Iturraspe Nuevo para de ese modo diferenciarse del edificio anterior.

El hospital cuenta con 260 camas en un edificio moderno, abarcando una superficie de 30.000 metros cuadrados. Al realizarse la mudanza, se modificó su nivel de complejidad, que pasó de ser de segundo nivel a uno de tercer nivel. Este cambio implica la posibilidad de atender patologías de mayor complejidad: ahora se cuenta con una sala de cuidados intensivos especializada y se dejó de brindar atención por consultorios de atención ambulatoria. Estos fueron centralizados en un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAFE).

La distribución de los diferentes servicios de internación se realiza por bloques ubicados como patas de un peine. Se cuenta con guardia central de adultos y niños, quirófanos centrales, Neonatología, salas de parto respetado y quirófanos de maternidad, Unidad de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirugía General, maternidad de alta y baja complejidad y Pediatría. Se intenta utilizar una lógica de cuidados progresivos, es decir, que se interna por niveles de complejidad.

La población a la cual se brinda atención incluye todas las edades, siendo fundamentalmente de clase humilde y trabajadora. A pesar de esto, se nota mucho el acercamiento de clase media a la institución en el último tiempo, producto de la crisis económica que atraviesa el país.

## La salud mental en el hospital

Históricamente, y hasta 2019, el hospital no contaba con un equipo de Salud Mental formalmente conformado, sino que psicólogos y psiquiatras trabajaban de manera separada y con dificultades para la articulación. Al realizarse la mudanza del hospital hacia el nuevo edificio en el año 2019, algunos psicólogos que cumplían funciones se trasladaron, mientras que los psiquiatras permanecieron en el viejo edificio. Antes de que los profesionales se pudieran adaptar y reorganizarse en el nuevo edificio, se decretó la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020. En ese momento muchos profesionales iniciaron licencias, por lo cual quedó el equipo conformado solo por dos psicólogas para todo el hospital. Estas concurrían de manera diaria y presencial para la atención de pacientes, además de brindar acompañamiento a los profesionales que se encontraban arrasados por la emergencia sanitaria.

Una vez superado el periodo crítico en 2021, el equipo quedó conformado por cuatro psicólogos y tres psiquiatras. Por primera vez, ambas profesiones integraron conjuntamente un equipo de abordaje interdisciplinario, y así dejaron atrás el trabajo como disciplinas aisladas. Cabe destacar que, en la planificación del nuevo edificio, el equipo de Salud Mental no figuraba ni en los planos ni en el organigrama del hospital. Por este motivo, al concretarse la mudanza en 2019, el equipo no contaba con un espacio físico propio. La actividad pudo desarrollarse inicialmente gracias a la ocupación de un aula destinada a la formación de residentes, ateneos clínicos y reuniones de equipo. Una vez finalizada la pandemia, el equipo volvió a quedarse sin espacio, por lo que se trasladó a un sector administrativo, donde continúa funcionando hasta la actualidad.

A su vez, ningún profesional del nuevo equipo conformado tenía experiencia en el trabajo interdisciplinario, ya que el funcionamiento anterior consistía en brindar atención por psiquiatría y psicología independientemente. Ello

hizo que la dinámica del equipo tuviera que construirse desde cero, construcción aún en proceso, siendo un aprendizaje constante y muy enriquecedor.

Vale la pena señalar el trabajo realizado durante la pandemia. No solo se brindó atención directa a las personas internadas por COVID-19, sino que se llevó a cabo la elaboración de espacios de abordaje grupal para el personal de salud, quienes presentaban muchos síntomas de angustia por la situación. Por último, se elaboró un protocolo de duelo perinatal, y se realizó un trabajo de investigación sobre el *burnout* en el personal del hospital.

Actualmente, trabajamos respondiendo las interconsultas solicitadas por diferentes áreas del hospital, además de acompañar los procesos de interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) en conjunto con la Consejería de Salud Sexual. Además, brindamos acompañamiento para el abordaje de la angustia reactiva a los procesos de salud, acompañamos a pacientes oncohematológicos, pacientes internados en la UTI, pacientes pediátricos y sus familias.

Adicionalmente, se brinda atención en la guardia central de adultos y niños del hospital, así como también atención en internaciones por motivos de salud mental. Se trabaja de manera interdisciplinaria con los diferentes servicios en general y especialmente con el Servicio Social. A su vez, se realizan abordajes interinstitucionales para los seguimientos territoriales y para la articulación de la atención.

Si bien en el hospital no se cuenta con guardia de salud mental específica y activa, de lunes a viernes de 14 a 22 horas funciona una guardia móvil, que depende de la Dirección Provincial de Salud Mental. Los martes y jueves dicha guardia móvil hace base en el hospital, aunque siempre responde la demanda de los diferentes efectores de la ciudad. Los fines de semana y los feriados, se cuenta con una guardia pasiva, también dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental, conformada habitualmente por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

El equipo de Salud Mental está actualmente conformado por cuatro psicólogos y dos psiquiatras. No todos los integrantes cuentan con un cargo de planta permanente, sino que algunos continúan con contratos en calidad de monotributistas. Justamente debido a las condiciones laborales y al reducido número de integrantes, el equipo no asume la formación de residentes de salud mental ni de alumnos, ya que ello requiere una dedicación y un nivel de responsabilidad que actualmente exceden las posibilidades. Todos los miembros realizan, además, atención en consultorios particulares y otras actividades para solventarse económicamente dada la precarización de los sueldos públicos de salud.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

El hospital brinda servicio de internación por Salud Mental desde sus comienzos, aunque, tal como se mencionó, inicialmente el trabajo era realizado por psicología. El abordaje integral se comenzó a dar a partir de la posibilidad de conformar un equipo interdisciplinario, a pesar de no ser un servicio reconocido formalmente por parte del Ministerio de Salud, ni tampoco por parte del organigrama del hospital.

Las internaciones se pueden dar en cualquiera de los peines del hospital, es decir, en salas generales de salud. El lugar de internación para la persona es manejado por la Dirección junto al área de Cuidados Progresivos, en función de la disponibilidad. En caso de no contar con espacio, se gestiona el traslado a otro establecimiento.

Habitualmente, el paciente ingresa por guardia central. Allí es valorado por médicos clínicos, quienes, si así lo determinan, solicitan interconsulta con Salud Mental. En el caso de que sea durante el día, el equipo de trabajo se encarga de hacer el abordaje. De lo contrario, es el equipo

de guardia móvil presencial el que valora al paciente y evalúa si tiene o no criterio de internación. Si se considera que el paciente puede irse de alta, habitualmente se suele coordinar el seguimiento por salud mental en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) cercanos al domicilio de la persona. Si se requiere internación, se define si esta es voluntaria o involuntaria. En esos casos, se avisa a la gestión del hospital para conseguir cama o que sea derivado. Si la internación es involuntaria, se procede a dar aviso al Juzgado de turno y al Órgano de Revisión.

Durante la internación, el seguimiento es realizado diariamente por una dupla de psicólogo/psiquiatra y, en ocasiones, por Servicio Social. Se brinda un espacio de escucha, contención y también esquemas farmacológicos en caso de requerirlos. De tener requerimientos clínicos, se solicita el acompañamiento de médicos clínicos o de cualquier otra especialidad que se valore necesaria.

Los motivos de internación más frecuentes incluyen intentos de autólisis, psicosis descompensadas, consumo problemático de sustancias (tanto en población general como en gestantes y puérperas), situaciones de violencia y abusos sexuales en adultos y niños, entre otros.

Dentro del marco de las internaciones por Salud Mental, y tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental (2010), se intenta que estas sean lo más breves posible, aunque la duración depende del caso a caso. Los tiempos promedios de internación son de entre siete y diez días. En escasas oportunidades se han extendido a dos o tres meses, porque el cuadro clínico así lo requería, y en otras situaciones por dificultades en la articulación para la externación.

Al ser un hospital de alta complejidad, los pacientes que se internan suelen estar atravesando cuadros graves. Tampoco se realizan seguimientos ambulatorios, por lo cual el único espacio al que los pacientes de Salud Mental pueden acudir es un patio interno. No se cuenta tampoco con áreas recreativas. A pesar de esto, se les ofrece en el marco de la

internación sopas de letras o libros para que lean y espacio de biblioteca.

Recientemente, en 2025, se incorporó al equipo una acompañante terapéutica, con una dedicación de quince horas semanales. Esta trabajadora concurre por la tarde, cuando el resto del equipo no está, y realiza acompañamiento y propuestas que se acuerdan con el equipo tratante (encuentros grupales, fortalecimiento de habilidades sociales, cuidado personal, rutinas, entre otras). Esta incorporación es reciente, por lo cual se está construyendo específicamente su rol dentro de un hospital general.

Cada paciente que se interna implica una construcción artesanal del caso, pensada de manera singular. Esto requiere analizar qué articulaciones son necesarias, ya sea con otros organismos estatales, dependencias municipales, equipos socioeducativos, centros de día, hogares u otras instituciones, según las particularidades y necesidades de cada situación. Hacemos entrevistas familiares con regularidad, para que el acompañante o referente familiar comprenda el padecimiento subjetivo, y brindamos psicoeducación. Si la familia se encuentra acompañando, el informe y el intercambio se dan diariamente; si no, se los cita en función de sus posibilidades. En caso de no contar con familiares o red de apoyo, se solicita intervención del Servicio Social para la búsqueda de estos, así como también para la gestión de pensiones, documentaciones, ayudas económicas y traslados.

Cuando las internaciones se prolongan, y dependiendo de la causa de esta, se pueden otorgar permisos de salidas transitorias, generalmente acompañados por un familiar. Dichas salidas son recreativas, o en ocasiones sirven para que los pacientes sean entrevistados por profesionales de otros dispositivos.

En función de lo arriba mencionado, la mayor dificultad que se presenta es el incremento de la cantidad de demanda diaria. Ello resiente la calidad de la atención, sobre todo en el acompañamiento de situaciones crónicas, pues

habitualmente la urgencia y lo emergente tapan. Otra dificultad se da en el egreso de los pacientes, particularmente por el desborde del primer nivel de atención de salud y la escasa respuesta de los efectores de segundo nivel, así como la escasez de dispositivos alternativos que fortalezcan la red.

## Entre salud mental, vulnerabilidad y derechos

Compartiremos la situación de una joven adulta con diagnóstico de esquizofrenia, que fue internada en nuestro hospital de forma involuntaria en el marco de una descompensación aguda. El punto sobre el cual queremos reflexionar es cómo las internaciones se pueden desencadenar y prolongar por las dificultades en la consecución de recursos para la vida y el acompañamiento en comunidad.

La persona en cuestión había manifestado su desborde mediante conductas de riesgo heteroagresivas en su domicilio. Durante la evaluación interdisciplinaria, se constató la existencia de un delirio compartido con su madre y su hermana, con quienes convivía, ambas presentando signos compatibles con una descompensación psicótica y negativas sostenidas a los tratamientos, lo cual fue confirmado por otros equipos de salud. Este contexto familiar, lejos de constituir una red de apoyo, se configuró como un entorno iatrogénico y de riesgo vital para la paciente.

La internación se sostuvo conforme al artículo 20 de la *Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657*, en tensión con una práctica que se amplía desde la perspectiva en salud mental hacia el resguardo integral, entendiendo que su vivienda coincidía con un ámbito familiar conflictivo y desestabilizador. Este caso permite visibilizar una problemática estructural del sistema de Salud Mental: la prolongación de internaciones ante la falta de dispositivos intermedios y de redes comunitarias fragmentadas. Si bien el efector y sus equipos tratantes ofician de terceridad, acotando la sintomatología

y produciendo condiciones de humanización, se advierte la posibilidad de situaciones iatrogénicas.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la *Ley n.º 26.657* y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (República Argentina, 2008) garantizan el derecho a una atención integral e interdisciplinaria orientada a la inclusión social, la autonomía y la participación comunitaria, así como el derecho de las personas con discapacidad a elegir y vivir en entornos que no vulneren su desarrollo ni representen un riesgo para su integridad.

En este marco, el equipo tratante desarrolló estrategias interdisciplinarias de abordaje (psicología, psiquiatría, servicio social y acompañamiento terapéutico), en articulación con el Equipo de Fortalecimiento de la Dirección de Salud Mental, la Defensoría, la Guardia Móvil de Salud Mental y equipos territoriales y de enlace. Se presentaron diversos informes ante el Órgano de Revisión de Salud Mental y los juzgados correspondientes. Entre las gestiones más recientes, se destaca la ampliación del *Certificado Único de Discapacidad (CUD)*, incorporando la cobertura para un hogar protegido o residencia asistida, junto con el acompañamiento de un equipo interdisciplinario (psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional). Cabe señalar que esta solicitud se enmarca en un contexto de deterioro de los programas sociales y de discapacidad, lo que incrementa las dificultades. No obstante, la orientación de la estrategia se fundamenta en la construcción de condiciones de vida dignas y seguras para la usuaria, desde un paradigma comunitario que sustituye las lógicas de encierro por espacios de vida con apoyos.

Actualmente, la joven se encuentra estable en su cuadro psicopatológico de base, con una marcada mejoría en los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), así como en la voluntad, la afectividad, la cognición, los lazos interpersonales y los hábitos de autocuidado. Participa en espacios lúdicos, artísticos e intersubjetivos.

Para finalizar, se plantea la necesidad de reflexionar sobre la tensión existente entre el marco legal, la disponibilidad real de recursos y la urgencia de reforzar los lazos y acuerdos interministeriales e intersectoriales, así como el fortalecimiento de la red comunitaria para el acompañamiento de situaciones de vulnerabilidad.

## Cierre

Pensar en las internaciones de Salud Mental es adentrarse en un terreno donde se entrecruzan la vulnerabilidad, la necesidad de cuidado y el derecho a la autonomía. No se trata solo de un recurso médico, sino de una experiencia profundamente humana, que marca tanto a la persona internada como a su entorno.

Esto nos invita a reflexionar y cuestionar cómo concebimos la salud mental y qué lugar ocupan quienes atraviesan un padecimiento subjetivo. La internación no puede pensarse de manera aislada, sino como parte de un proceso que requiere continuidad, escucha y acompañamiento más allá del momento agudo. Por lo cual la internación no debería interpretarse como un fin en sí mismo, sino como un recurso orientado a la estabilización del paciente mientras se realizan articulaciones con estrategias de acompañamiento ambulatorias.

Como se menciona anteriormente, la internación en Salud Mental se lleva a cabo de una manera artesanal teniendo en cuenta cada sujeto, su realidad, y su padecimiento. Por lo cual no solo somos profesionales de salud mental, sino que podríamos llamarnos “artesanos” de esta.

## Referencias bibliográficas

República Argentina (2008). Ley 26.378. Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>.

República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-172535>.



# Proceso de adaptación de un hospital público a los principios propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental

*Hospital Interzonal San Juan Bautista,  
San Fernando del Valle de Catamarca,  
provincia de Catamarca*

MAURICIO ARCE, HILEN PÁEZ FLORES, EVA SILVA, MARÍA JULIA SILVA,  
MARÍA DEL CARMEN VILLALBA, SABRINA DÍAZ CORONEL<sup>1</sup>

## Introducción

La salud mental y el bienestar son imprescindibles para que todas las personas lleven una vida satisfactoria, alcancen su máximo potencial y participen de forma constructiva en sus comunidades (OMS, 2022). De allí que sea fundamental conocer la calidad de atención de los servicios de Salud Mental, y cómo estos responden a un modelo de atención centrado en la comunidad. La OPS (2020) ha apoyado mediante diversas acciones el proceso desarrollado en Argentina para avanzar hacia el modelo de salud mental comunitario, de acuerdo con lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

En este capítulo se expondrá la experiencia de trabajo durante las internaciones por motivos de salud mental en un hospital general de adultos del sistema de salud público de la provincia de Catamarca. Se describen en primer lugar

---

<sup>1</sup> Participaron además integrantes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria y Adicciones del HSJB.

la organización y los recursos del hospital, luego las características de la atención de la salud mental y, por último, el relato del proceso de externación de un joven que atravesó una internación prolongada.

## El hospital

El Hospital Interzonal San Juan Bautista se localiza en la ciudad capital de San Fernando del Valle de Catamarca. Esta ciudad cuenta con una población de 186.947 habitantes, que corresponden al 43 % de la población de la provincia; cabe destacar que es una de las provincias con menor densidad poblacional del país (INDEC, 2022).

El hospital es de gestión provincial y depende de la Secretaría de Asistencia Pública del Ministerio de Salud de la provincia, siendo el centro de mayor complejidad para la atención de la población adulta a partir de los 16 años. Fue fundado en 1886 y trasladado en el año 1995 al edificio en el que funciona actualmente. Se caracteriza por ser el único centro especializado en la provincia, tanto en el sector público como en el privado, con un servicio de Emergentología que cuenta con quirófano de emergencias y guardias activas de psicología como características distintivas con otros establecimientos.

Además, por ser hospital escuela, alberga espacios de formación para las distintas residencias, entre las que se cuenta la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM). En el año 2025, de acuerdo con políticas del gobierno nacional, se eliminaron los cupos para este espacio de formación, estableciendo a cambio residencias lineales de psiquiatría, psicología y enfermería por separado.

Actualmente cuenta con un total de 177 camas para internación, que se distribuyen de acuerdo con la necesidad de cuidados que requiera el usuario, reconociéndose tres niveles: cuidados intensivos, intermedios y sala común. En

cuanto a los servicios de cuidados intensivos, se dispone de 30 camas distribuidas en dos servicios; en cuidados intermedios se cuenta con 22 camas repartidas en dos servicios y en sala común se cuenta con 125 camas, distribuidas en seis servicios, contabilizándose dentro de estas las 14 camas que corresponden al servicio de Salud Mental. La ocupación de camas por motivos de salud mental se realiza de acuerdo con la disponibilidad del momento en otros servicios, una vez agotadas las camas destinadas al servicio propio. En cuanto a la atención ambulatoria, ofrece atención en más de veinte especialidades, además de servicios de Diagnóstico y Vacunación.

La estructura edilicia cuenta con una planta baja, con dos accesos principales para el público, uno por el sector de emergencias y otro por el sector de admisión de consultas ambulatorias. Cuenta con espacios amplios y buena ventilación natural, y la mayoría de las salas desembocan en patios al aire libre. Actualmente, se encuentra con cierto deterioro y escaso mantenimiento, reflejado, por ejemplo, en el mal funcionamiento del aire centralizado, calefacción y caldera para agua caliente. Es accesible para personas con discapacidades físicas ya que todos los ingresos cuentan con rampas.

Las características sociodemográficas de la población que se asiste describen a personas de sectores populares, generalmente desocupadas o con trabajos informales, sin obra social y con bajo nivel educativo.

## **La salud mental en el hospital**

El Departamento de Salud Mental divide la atención en urgencias, internación, interconsultas y consultorio externo. El recurso humano del departamento consta de 44 personas, cuya modalidad de contratación se distribuye de la siguiente manera: 33 contratos de planta permanente (veinticuatro

horas semanales), 20 contratos que cubren la atención con modalidad de guardia activa y seis contratos de guardia con tareas equiparables al personal de planta en distintos dispositivos de atención. En la mayoría de los casos, los trabajadores del servicio desarrollan otras actividades laborales fuera del hospital.

La guardia de psicología es un dispositivo reconocido por el trabajo que lleva adelante desde hace 23 años. Se creó en el marco del fenómeno social de incremento de casos de suicidios consumados en el año 2002. Inicia con la atención telefónica “línea azul”, y luego se establece la atención presencial por parte de profesionales de psicología que integran el equipo de guardias activas del Departamento de Emergencias Médicas del hospital. En este sentido, Catamarca es una de las provincias pioneras en implementar la guardia de psicología activa en un hospital general, brindando asistencia las veinticuatro horas los 365 días del año. Las intervenciones son realizadas en articulación con los profesionales de Clínica Médica y Trabajo Social del Departamento de Emergencias.

Por su parte, en cuanto a la atención por consultorios externos, ya en la década del 70 se incorporaron una psicóloga y una psiquiatra para la atención ambulatoria. Actualmente, el servicio de Psicología ofrece un proceso de admisión para la demanda espontánea y espacios de atención individual. También funciona un dispositivo de continuidad terapéutica de atención interdisciplinaria para usuarios que recibieron el alta hospitalaria luego de su internación. Por su parte, Psiquiatría brinda asistencia a través de turnos programados y también de turnos protegidos para usuarios derivados de la guardia de psicología.

Finalmente, las interconsultas atañen a los pedidos realizados por los profesionales de los distintos servicios de internación, y son atendidas por un psicólogo o un psiquiatra del Departamento de Salud Mental.

## Internaciones por Salud Mental en el hospital

A partir de la reglamentación de la Ley Nacional 26.657, el hospital se adecuó creando el internado de Salud Mental en el año 2013, en un espacio específico para dicho fin, anteriormente utilizado por el servicio de Infectología. En ese momento contaba con ocho camas distribuidas en cuatro habitaciones, enfermería, salón de usos múltiples, consultorios, sala para los profesionales y espacio verde. Actualmente, se amplió la capacidad de internación a catorce camas. En el último año, se anexó un espacio para el resguardo de materiales destinado a talleres y ropero comunitario. En momentos en que el servicio no cuenta con disponibilidad, se utilizan camas en el servicio de Clínica Médica y Neurología prioritariamente, o en algún otro servicio.

El equipo interdisciplinario dentro del internado está compuesto por dos psiquiatras, cinco psicólogos, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, un acompañante terapéutico, una psicopedagoga, nueve enfermeros distribuidos en tres turnos y una administrativa. Se cuenta además con la inclusión eventual de residentes de primer año de la RISAM o residencias afines.

Los motivos de internación más frecuentes son intentos de suicidio, descompensaciones psicóticas y problemáticas asociadas al consumo de sustancias. Se estima que la condición del 90 % de las internaciones es voluntaria y solo el 10 %, involuntaria. El servicio tiene un giro de cama de 3,4 días promedio, siendo la duración de la mayoría de las internaciones de entre siete y catorce días. Sin embargo, hay casos que salen de dicho rango, contándose internaciones de entre seis meses y siete años. En los dos primeros meses del año 2025, se internaron 110 personas, de las cuales 54 fueron mujeres y 56 fueron varones. De ellas, 27 personas tenían entre 16 y 21 años.

En el caso de internaciones involuntarias –según directrices del artículo 21 de la ley n.º 26.657–, el circuito de notificaciones incluye la comunicación vía correo electrónico al

Órgano de Revisión local (ORSMAC) y al juzgado de familia de turno. Desde el ingreso al servicio, se asigna un equipo interdisciplinario tratante que realiza la evaluación, el diagnóstico, la elaboración del plan terapéutico y el abordaje familiar. Es requisito de internación que todos los usuarios que ingresan sean acompañados por un familiar o referente afectivo. La atención profesional durante la internación se realiza diariamente. El tratamiento ofrecido incluye psicoterapia individual, abordaje familiar y tratamiento psiquiátrico/farmacológico. Las intervenciones desde Trabajo Social abarcan la gestión del acceso a derechos: pensiones, medicación, documentación, etc. También se cuenta con abordaje psicopedagógico y de terapia ocupacional.

Dos veces por semana, se realiza en la sala de profesionales la revista de sala con el objetivo de conversar sobre cada caso, en cuanto a sus avances y dificultades. Es frecuente la atención de otras especialidades durante la internación, como odontología, oftalmología, ginecología, clínica médica y cirugía. La actividad grupal durante la internación es la asamblea de usuarios, con frecuencia semanal y duración de una hora, coordinada por una terapeuta ocupacional y una psicopedagoga. También se ofrece actividad física adaptada a cargo de un profesor de Gimnasia dependiente del Ministerio de Salud, dos días a la semana. Esporádicamente se generan otras actividades con modalidad taller: pintura, baile, ajedrez, etc.

Los permisos de salida son un recurso utilizado durante la internación con diferentes fines: promover los lazos afectivos, trámites personales, necesidades económicas, de estudio, laborales, actividad física, concurrencia a otras instituciones en articulación con fines recreativos y terapéuticos. Los permisos de salida también se utilizan en paralelo al proceso de alta.

En la elaboración del plan de externación, se intenta articular con el nivel primario de atención o los hospitales zonales para el seguimiento ambulatorio. En este punto las principales dificultades tienen relación con la escasa

disponibilidad de equipos territoriales. Para los casos de mayor complejidad, se decide el acompañamiento posterior al alta hospitalaria por personal en consultorios externos o se implementa el seguimiento con modalidad similar a hospital de día (dispositivo sin la formalidad y habilitación institucional correspondiente). La estrategia es indicada para personas en condiciones de alta hospitalaria, sin red de contención social y para quienes resulta más conveniente continuar vinculados con el servicio para no interrumpir el tratamiento farmacológico. En varias oportunidades esta modalidad permite brindar asistencia social al usuario (alimento, vestimenta o gestiones varias).

Otras dificultades están en relación con el déficit de dispositivos comunitarios en la red de atención de Salud Mental (habitacionales, centros de día, de inserción sociolaboral, atención domiciliaria). Esta situación no solo afecta el proceso de externación, sino que además genera múltiples reingresos.

También se debe mencionar como dificultad el modo de contratación de los profesionales, que condiciona la funcionalidad del equipo ya que algunos asisten menos tiempo de lo necesario por la cantidad de horas pagas. Además, nos encontramos con el obstáculo relacionado con la segregación, estigmatización y sensación de miedo o peligrosidad sobre los usuarios de Salud Mental por parte de los profesionales y administrativos de las distintas dependencias del hospital.

La calidad de atención también se ve afectada por las condiciones de las instalaciones en lo referido a seguridad: inexistencia de simulacros, planes de evacuación desactualizados, falta de mantenimiento de los matafuegos, presencia de elementos de peligrosidad para los usuarios (cables, piedras, instalaciones eléctricas deterioradas), falta de higiene y mantenimiento de la mampostería, mobiliario deteriorado (placares, mesas, banquetas, camas, puertas de baños y habitaciones) y falencias en el sistema de plomería.

## La intersectorialidad como estrategia de externación

Simón tiene 24 años de edad y cursó varias internaciones en el hospital desde sus 17 años, y llegó a permanecer por un periodo continuado de dos años. En un primer momento, Simón fue trasladado a la ciudad capital de Catamarca en el año 2020 –lugar de residencia de su grupo familiar–, acompañado por un profesional de un hospital monovalente de otra provincia del norte argentino, institución en la que había estado internado varios meses por un cuadro de descompensación psicótica. Encontrándose en condiciones de alta en la vecina provincia, solicitaron a sus familiares retirarlo y, ante la negativa de ellos, decidieron derivarlo a Catamarca, al ser esta su provincia de origen y residencia.

Al recibirlo en nuestro hospital, se evaluó que no existían criterios de internación, pero, ante la presencia de una problemática social, familiar y de vivienda, se decidió alojarlo hasta que se pudieran localizar a referentes y articular una red social de contención. Pasado un tiempo, su madre concurrió al hospital, y se negó a vivir con él. Ante ello se solicitó la intervención del Juzgado de Familia con el fin de promover la revinculación y la responsabilidad de familiares en los cuidados y apoyos necesarios.

Simón es una persona que transcurrió su infancia en varias instituciones. Tiene una historia de vida marcada por el abandono de sus padres. Desde niño ingresó a diversos centros de salud por presentar “trastorno hiperquinético y trastorno opositor desafiante”. Concurrió a tratamientos entre los años 2009 y 2011 en la provincia de Jujuy con periodos de internaciones breves en diferentes instituciones públicas. Ingresó a una clínica privada de Catamarca en 2018 y a una comunidad terapéutica de Córdoba en el año 2021. Sus características generan rechazo en varios ámbitos: familiar, institucional y social, siendo excluido de estos espacios por su desregulación sexual. Simón tuvo denuncias de parte de vecinos por conductas exhibicionistas, y llegó

a sufrir situaciones de violencia como represalia. Respecto a su escolaridad, los informes resaltan su comportamiento desregulado desde los 8 años, por lo que se ven interrumpidos sus estudios secundarios. Advertidos de su posición subjetiva de causar rechazo en el otro, el primer momento de trabajo se centró en sostenerlo y no abandonarlo como repetidas veces sucedió en su historia; esto implicó hacerle un lugar en la institución, alojarlo.

La complejidad del caso motivó la supervisión con el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, en la Ciudad de Buenos Aires; se indagó el tipo clínico y posibles intervenciones con el fin de facilitar el lazo con otros dentro de un marco regulado. De a poco, Simón pudo trabajar en el espacio terapéutico aquellas situaciones en su vida donde ubicaba que era desalojado de su familia. Su sexualidad se trabajó diferenciando lo público de lo privado para permitir una vivencia íntima no disruptiva con el entorno. Su inclusión en un espacio para actividades físicas surgió de su propio interés y añoranza de lo que de niño había sido transmitido por su padre.

El dispositivo sociolaboral fuera del hospital (taller de huerta) fue una estrategia que se propuso incluir otras instituciones y profesionales que pudieran acompañar a Simón. Su participación en este espacio se sostiene hasta la actualidad. También se gestionó una pensión que garantizara un ingreso económico y promoviera su independencia. Luego de una audiencia ante el Juzgado de Familia, se incluyó a su madre en un dispositivo de psicoterapia individual semanal, en el hospital. Hoy Simón vive en un departamento que alquila con dinero de su pensión, cerca del hospital. La alimentación está cubierta por una vianda diaria a cargo de su madre. Concorre a tratamiento ambulatorio psicológico y psiquiátrico irregularmente. Recibe medicación en el centro de día del que participa. A través de un grupo de WhatsApp, los equipos tratantes se mantienen en articulación para garantizar la continuidad de cuidados. El hospital se convirtió en una referencia para Simón que funciona

como borde en la subjetividad que le permite otra circulación en lo social.

## Cierre

Transmitir aquello que hacemos, revisar nuestras prácticas de trabajo, nos permite reflexionar sobre las condiciones en las que producimos salud, conocimiento y nuestro rol en el espacio público como agentes del Estado. Aquellas condiciones para la atención en salud mental precisan de una urgente transformación del sistema de salud, en consonancia con los principios de la Ley n.º 26.657, ya que un modelo centrado en la asistencia hospitalaria como único recurso no es efectivo en el acompañamiento de los procesos de salud-enfermedad-cuidados de las personas con padecimiento mental.

Por ello resulta indispensable que quienes trabajamos en el campo de la salud mental sostengamos la defensa tenaz de las normativas vigentes apuntando a un abordaje que genere recursos en la comunidad y mayor inclusión de las personas usuarias en sus contextos de vida. Todo esto no será posible sin el incremento sustancial del financiamiento para nuestro campo, el desarrollo de una red de dispositivos territoriales y la participación amplia de todos los sectores del Estado y la ciudadanía en la elaboración de políticas públicas. A ello nos comprometemos...

## Referencias bibliográficas

- Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. INDEC.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* [*Comprehensive mental health action plan 2013-2030*]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Anuario 2019 – OPS Argentina*. Organización Panamericana de la Salud.



# Posibilidades y desafíos del trabajo en salud mental desde un hospital rural

*Hospital Dr. Ventura Lloveras, Media Agua,  
provincia de San Juan*

MAIRA REISER

## Introducción

En este escrito se describe la situación actual del trabajo de la Unidad de Salud Mental de un hospital general de segundo nivel de complejidad, ubicado en una zona rural de la provincia de San Juan. Se exponen los avances vinculados con la descentralización de la atención en Salud Mental desde el hospital, así como también las dificultades que surgen a partir de la demanda derivada por hospitales de tercer nivel.

## El hospital

El hospital Dr. Ventura Lloveras se encuentra ubicado en la provincia de San Juan, departamento de Sarmiento, localidad de Media Agua, y se emplaza a sesenta kilómetros de la capital sanjuanina. Según el último censo (INDEC, 2023), Media Agua tiene una población de 11.257 habitantes y, si bien es sencillo llegar desde la capital de la provincia, solo dos líneas de transporte público llegan a la localidad.

El hospital fue fundado en el año 2011, y es de gestión provincial, prestando atención a toda la población

indistintamente de su cobertura en salud. Las personas que allí se atienden residen en la villa cabecera –Media Agua– y en otras localidades aledañas, ubicadas a diferentes distancias de la cabecera, con las consiguientes dificultades de acceso. Es una zona rural donde un gran porcentaje de sus habitantes trabaja en el campo, en cultivos de uva, aceituna, sandía, melón, entre otros productos agrícolas. Si bien los trabajos a los que acceden los habitantes de la zona les proveen de ingresos durante todo el año, estos son muy acotados y con una remuneración escasa, y muchas personas no llegan a cubrir sus necesidades básicas como acceso a agua potable, baño, alimentos y escolaridad. Debido a estas condiciones, los adolescentes se inician en los trabajos rurales a corta edad, para colaborar económicamente con sus familias, y así abandonan la escuela. Se genera un círculo vicioso en el cual se observa analfabetismo en los adultos, quienes no pueden a su vez promover la escolaridad en sus hijos, lo cual da como resultado una población con pobreza estructural.

A nivel edilicio, cuenta con una sola planta, característica que comparten los demás hospitales de segundo nivel de la provincia. Las condiciones de infraestructura son limitadas, debido al aumento de prestaciones que se ofrecen por aumento de la demanda. Si bien es una construcción bastante nueva, los cambios de gestión política han traído aparejados desajustes con las empresas que se encuentran a cargo del mantenimiento del edificio. Ello trae aparejado un deterioro que se observa en paredes sin pintar, mobiliario roto, aires acondicionados y televisores fuera de funcionamiento, etc. Adicionalmente, se encuentra en gestión con el intendente la puesta en valor de un sector al aire libre, para generar un espacio verde con la finalidad del uso recreativo de los usuarios de Salud Mental que se encuentren internados.

El hospital ofrece atención tanto ambulatoria como de guardia y de internación. En cuanto a la atención ambulatoria, se cuenta con prestaciones de dieciséis especialidades

de salud y diagnóstico por imágenes. La guardia funciona las veinticuatro horas y provee atención de adultos y niños. A su vez, cuenta con 45 camas para internación, distribuidas en 15 habitaciones de tres camas cada una. De ellas, 39 camas corresponden a los servicios de Clínica Médica, Pediatría y Cirugía, y las seis camas restantes son para Salud Mental: tres para varones y tres para mujeres.

## La salud mental en el hospital

En el hospital se brinda atención por Salud Mental desde su apertura en el año 2011. En sus inicios, la atención por Salud Mental en el departamento de Sarmiento estaba centralizada en el hospital, pero, con el paso de los años, se logró descentralizarla a los centros de atención primaria (CAPS), los cuales cuentan con profesionales de psicología y trabajo social. Desde 2022, se sumó al hospital atención psiquiátrica diaria, la cual se organiza en atención ambulatoria por psiquiatría lunes, miércoles y viernes de 8 a 12 horas, y atención a usuarios internados los días martes y viernes de 8 a 12 horas.

La atención por Salud Mental que se brinda de manera ambulatoria en el hospital incluye prestaciones individuales y grupales, contando con un dispositivo de intervención de adolescentes, grupo de ansiedad y grupo de género. A su vez, se realizan talleres abiertos a la comunidad tanto en el hospital como en los CAPS, abordando temáticas tales como violencia de género, crianza y puesta de límites, salud sexual y reproductiva, *bullying*, entre otros.

A su vez, se responde a interconsultas por parte de otros servicios del hospital, principalmente sobre personas internadas en Clínica Médica y Pediatría, ya sea por comorbilidad con problemáticas psiquiátricas o por solicitarse desde los otros servicios abordajes psicológicos. Si bien no existe una guardia formal de Salud Mental, en caso de ocurrir

alguna urgencia en horario matutino, se brinda asistencia y se realiza el seguimiento a lo largo del día de manera pasiva (telefónica).

El equipo de Salud Mental está compuesto por seis profesionales de trabajo social, seis de psicología y una médica psiquiatra. La gestión y coordinación de estos recursos es dirigida por la Unidad de Salud Mental, formada por una psicóloga, una trabajadora social y una psiquiatra. Los profesionales tienen cargas horarias de entre 24 y 36 horas semanales, repartidas de manera uniforme a lo largo de la semana. Los cargos no son de dedicación exclusiva.

Solamente la profesional de psiquiatría desempeña funciones exclusivamente en el hospital. Las trabajadoras sociales y psicólogos se encuentran repartidos en duplas entre los CAPS y el hospital, asistiendo un día a la semana al hospital y el resto de los días (de lunes a sábado) al CAPS que tienen asignado.

Los miércoles en el hospital se lleva a cabo el proceso de admisión a Salud Mental, realizando una entrevista conjunta entre las tres disciplinas a modo de tamizaje de las consultas, resolución inmediata, orientación y derivación pertinente, ya sea a psicología en el hospital o en el CAPS más cercano al lugar de residencia de la persona. Los viernes se realiza la admisión conjunta de psicología y psiquiatría para adolescentes de entre 12 y 19 años de edad.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

Entre 2011 y 2022, las internaciones por Salud Mental eran esporádicas porque no se contaba con psiquiatra de manera permanente. Solo a partir de 2022 fue posible dar cumplimiento a lo establecido por la Ley de Salud Mental n.º 26.657 (2010) para hospitales generales. Desde ese momento, se cuenta con seis camas habilitadas para internaciones por Salud Mental, de manera permanente.

Las internaciones se llevan a cabo en sala general. Como se mencionó anteriormente, se cuenta con dos habitaciones de tres camas cada una. Si bien se comparte el sector con todas las especialidades del hospital, las camas están dispuestas específicamente para Salud Mental, ya que de las habitaciones se han retirado elementos potencialmente riesgosos, como panel de oxígeno, aire y aspiración y cualquier elemento que pueda resultar potencialmente riesgoso para una auto- o heteroagresión.

Las internaciones son abordadas de manera conjunta por un equipo interdisciplinario, compuesto por psicólogo, psiquiatra y trabajador social de la Unidad de Salud Mental. El abordaje de la persona se realiza de manera diaria, en el horario de la mañana. De ser necesaria una intervención en horas de la tarde, se trabaja desde el área de psicología y trabajo social.

Respecto a la población atendida, se trata de personas pertenecientes al departamento o derivadas desde hospitales del tercer nivel (Hospital Dr. Marcial Quiroga, Hospital Dr. Guillermo Rawson, Hospital Dra. Julieta Lanteri). Dichos hospitales se encuentran excedidos en sus capacidades y precisan derivar las internaciones a un segundo nivel de la periferia. Lo complejo de estas derivaciones es que no se respeta la georreferencia necesaria para la atención, esto es: se derivan a nuestro hospital personas que no residen en zonas cercanas. A su vez, se da el caso de personas que vienen derivadas por el sector judicial, tratándose de internaciones ordenadas por un juez a pedido de la familia o de un juez de ejecución penal. Suelen ser casos de consumo problemático de sustancias, asociados a patología psiquiátrica en estado de descompensación o personas usuarias que están detenidas por procesos penales, y que atraviesan una crisis con requerimiento de intervención psiquiátrica.

En términos del perfil de la población atendida, se interna más a varones que a mujeres. Pese a no contar con psiquiatra infanto-juvenil, se reciben en internación adolescentes de entre 12 y 19 años residentes de la zona.

Prevalcen como motivos de ingreso los intentos de suicidio, las descompensaciones psiquiátricas y las desintoxicaciones por consumo de sustancias.

Las internaciones en el hospital suelen ser breves, con una duración promedio de diez días. Aquellas internaciones que exceden dicho promedio suelen ser las de personas recibidas por derivación de otros efectores y de aquellas que residen en otros departamentos. Esto último vuelve necesarios la articulación y el enlace con el equipo de su zona de referencia. En muchos casos, se suma la dificultad de la familia para acompañarlos. Adicionalmente, nos encontramos con problemáticas que superan la capacidad de respuesta del segundo nivel, como por ejemplo personas en flagrancia. Ello implica que se indicó su internación por la vía judicial, aunque esta no siempre presenta un criterio claro, a pesar de requerirse alguna intervención por Salud Mental. En estas situaciones, el tiempo de estancia se extiende, debido a la espera de audiencias, evaluaciones de la Oficina de Medidas Alternativas y autorizaciones del juez. En estos casos, las internaciones tienen un promedio de veintiún días. Respecto de internaciones de más de treinta días, son excepcionales. En estos casos, se trata de personas con contextos de vulnerabilidad social, es decir, personas que no pueden ser externadas por no contar con familiares o red social que los contenga. A ello se suma que requieren asistencia para sus actividades de la vida cotidiana y no tienen vivienda. Dichos casos se presentan como problemáticos para la internación.

### **Lazo discontinuo**

Presentamos el caso de Mabel, una mujer que atendimos por internación en el hospital, y que consideramos ilustra las dificultades del trabajo intersectorial. Estas se ven acentuadas cuando no corresponden a una organización territorial,

es decir, cuando la persona usuaria reside lejos de la zona de influencia del hospital.

Mabel llegó a nuestro hospital por indicación de un juez de realizar internación involuntaria. Se trataba de una persona de 30 años, quien residía con sus hijos y dos hermanos y que no había tenido con anterioridad tratamiento por motivo de salud mental. Al no enviar a sus hijos a la escuela, el gabinete escolar intentó contactarla con el sistema de salud, sin éxito. Posteriormente, uno de sus hermanos realizó el pedido de su evaluación ante el juez, y fue este quien indicó su internación involuntaria. La derivación inicial para realizar la internación se hizo a un hospital psiquiátrico, pero, por falta de camas, Mabel fue derivada a nuestro hospital.

En la evaluación de ingreso, estaba paranoica, suspicaz, tenía mirada perpleja y su lenguaje era escaso. Se inició un plan farmacológico, con respuesta lenta pero favorable. A partir de la mejoría clínica progresiva, el equipo comenzó a trabajar en su externación. Primero se intentó contactar a los hermanos, pero no se obtuvo respuesta. Se realizó entonces enlace con el CAPS de la zona de residencia de Mabel. El equipo de dicho CAPS visitó la vivienda, pero tampoco fue atendido.

En estas instancias, Mabel nos solicitaba información sobre sus hijos, quienes habían ingresado a un hogar de protección a raíz de su internación. Se logró localizar el hogar en el que se encontraban los niños, y el juez habilitó que Mabel tomase contacto con el mayor a través de video-llamadas.

En paralelo, el equipo de infancias del hospital había tomado contacto con el padre de dos de los tres hijos de Mabel, quien había decidido hacerse cargo y estaba empezando a tener una revinculación con sus hijos. Al comentarle sobre esto a Mabel, ella relató que había tenido una buena experiencia con su exsuegra. A partir de esto, nuestro equipo realizó una visita al domicilio del padre de los niños

para explorar la posibilidad de que Mabel residiera allí. En dicha visita no se logró hacer el contacto presencial.

Posteriormente a ello, realizamos entrevistas telefónicas con la expareja y la exsuegra de Mabel, quienes se mostraron muy dispuestos a recibirla y a acompañarla en sus controles psiquiátricos en su zona de residencia. Mabel se mostraba de acuerdo con esta solución. Fue así como se le dio el alta en compañía de su expareja. Se les entregaron las indicaciones de toma de medicación, las recetas médicas y el turno de control con la psiquiatra de su zona.

Al llegar a la vivienda de su expareja, Mabel no quiso seguir tomando la medicación, no asistió a los turnos, paulatinamente se fue descompensando psíquicamente y volvió a la casa donde antes residía con sus hermanos. Una vez allí, sus hermanos decidieron llamar a la policía, y la policía la volvió a traer al hospital. Mabel fue internada nuevamente, pero se fugó de la internación, volvió a casa de sus hermanos y de nuevo al hospital. Esta cadena –casa de sus hermanos-hospital-fuga-casa de sus hermanos-policía– sucedió varias veces, hasta que se perdió el contacto.

## Cierre

Las problemáticas que atendemos por motivos de salud mental en un hospital general muchas veces requieren de la intervención de otros sectores. Pero tales intervenciones desde los otros sectores posiblemente resulten más adecuadas si se dan antes, al inicio de la cadena de eventos que termina desembocando en una internación por Salud Mental. La epidemia de problemáticas de salud mental necesita ser abordada desde sus raíces, y no solo cuando ya se ha instaurado un problema más complejo de desentramar. Poder tomar al sujeto como usuario y que no llegue a ser “paciente”.

Los trabajadores de los servicios de salud muchas veces nos vemos frustrados por la infinidad de intentos emprendidos para resolver las problemáticas que nos llegan, pero que no logramos atender adecuadamente, porque su solución excede la capacidad de respuesta desde la salud pública.

Nuestra experiencia evidencia la reflexión necesaria en el campo de la salud mental en nuestro país respecto a las formas en que el hospital general está absorbiendo la demanda que antes absorbía el hospital psiquiátrico monovalente.

## Referencias bibliográficas

- INDEC (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>.
- República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010.



# Retos para el trabajo en salud mental en un hospital general del interior del país

*Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz,  
Belén, provincia de Catamarca*

KARINA GISSELLE CANTEROS, LILIA NATALIA NAHUM  
Y ROSANA NATALI HERRERA

## Introducción

Este capítulo explora el trabajo de Salud Mental realizado en el Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz, en la provincia de Catamarca. La ciudad de Belén se ubica a trescientos kilómetros de la capital de la provincia. Catamarca se caracteriza por abarcar un gran territorio, donde muchas de las zonas habitadas quedan alejadas de las ciudades, con una marcada dificultad de acceso geográfico: solo a pie, animales de carga, motos o camionetas cuatro por cuatro. Si bien el hospital se encuentra en una zona urbana, la atención abarca un gran número de población rural y comunidades originarias.

Se relatarán los desafíos que enfrenta esta institución en la prestación de servicios de Salud Mental. A su vez, se analizarán la organización y los recursos disponibles para la atención de usuarios con padecimiento de salud mental, así como también las estrategias implementadas para superar las limitaciones existentes, como, por ejemplo, la falta de espacios para el desarrollo de ciertas tareas, y las dificultades para el acceso oportuno a la medicación.

Por otro lado, se dará cuenta de las dinámicas de trabajo del equipo de Salud Mental y la articulación con otros servicios del hospital. Finalmente, un caso representativo de las estrategias de trabajo, en el cual se visualizan los diversos avances y desafíos que representan el motor que permite hacer existir a la salud mental en cada intervención y una práctica singular.

## El hospital

El departamento de Belén integra la región oeste de la provincia de Catamarca. Con una superficie de 12.945 km<sup>2</sup>, su territorio se divide en tres grandes regiones: el Norte Grande, el Norte Chico y El Valle, ubicándose en esta última las localidades de Londres y Belén.

El Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz (HZB) es el centro asistencial de mayor complejidad en el departamento, el cual tuvo su primer asentamiento en el año 1895 a raíz de la unión de vecinos y un sacerdote, tras lo cual se fundó oficialmente el 14 de octubre de 1914. Su área de responsabilidad se halla comprendida por 32 localidades, con una población total estimada de 30.569 habitantes (INDEC, 2023). El hospital atiende a personas de todas las edades, en su mayoría con cobertura pública exclusiva, ya que por lo general son de bajos recursos, changarines, pensionados, becados o amas de casa.

La institución está ubicada en un amplio espacio verde, con una construcción edilicia que, si bien es antigua, se encuentra en buen estado general ya que se le hicieron algunas reformas en este último tiempo. Tales reformas no han continuado debido a que actualmente se está trabajando en la construcción de un nuevo hospital, por lo que las inversiones van destinadas a este. La institución ofrece servicios de atención en más de diez especialidades de la salud, así

como servicios diagnósticos de laboratorio y por imágenes y vacunatorio. También cuenta con un espacio para hospedar a mujeres embarazadas y puérperas que viven en zonas alejadas de Belén.

En internación, se cuenta con 57 camas, las cuales se ubican en diferentes salas. 37 de ellas están organizadas por género y otras por servicio (Cirugía, Pediatría y Ginecología). A su vez, cuenta con doce camas que se ocupan según la demanda y los motivos de internación. Finalmente, se cuenta con ocho camas para aislamiento, distribuidas en cuatro habitaciones, que son utilizadas para casos graves de salud mental, cuadros de infecciones transmisibles como COVID-19 y dengue, o situaciones en donde el paciente se encuentra detenido judicialmente.

## La salud mental en el hospital

El HZB conformó un servicio de psicología en el año 2004, integrado por una sola psicóloga. Dos psicólogas más se incorporaron en 2012 y 2019; quien se sumó este último año lo hizo en el marco de la devolución de la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria y como un proyecto de refuerzo de la atención de salud mental en el interior provincial. El trabajo que realizaban era en su mayoría asistencial. En cuanto a lo comunitario, intervenían en algunos talleres en escuelas, actividades en la plaza y en algunas visitas domiciliarias.

Fue recién en 2021, en el contexto de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), cuando se contó con la incorporación de nuevos profesionales –enfermera, trabajadora social y médico–, egresados de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, Comunitaria y Adicciones (RISaM, CyA) perteneciente al Hospital Interzonal San Juan Bautista de la ciudad de Catamarca.

En ese momento, se logró conformar el servicio de Salud Mental, el primero constituido al interior de la provincia de Catamarca.

Como resultado de la conformación de este equipo, hubo un aumento en los servicios brindados: consultas por guardia general, consultas ambulatorias de Salud Mental, interconsultas e internaciones por motivos de salud mental. A su vez, se produjo un aumento en la demanda de asistencia, aunque se privilegiaba el abordaje disciplinar, principalmente de psicología y psiquiatría, lo cual dificultaba un accionar interdisciplinario, tanto en el interior del servicio como también en la mirada comunitaria. Fueron muchas las expectativas respecto de este equipo, pero sabemos que no basta con la mera presencia de diversas disciplinas. “Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes” (Stolkiner, 2005, p. 3).

Entre los motivos de consulta más frecuentes, se encuentran ideación suicida, intentos de suicidio, duelos, violencias (violencia por motivos de género, maltrato infantil, violencia sexual, etc.), descompensación psicótica, crisis de ansiedad, depresión, consumo problemático de sustancias y embarazos no intencionales.

A comienzos del año 2022, renunció una de las psicólogas debido a una mejor propuesta laboral, y para su reemplazo se incorporó otra psicóloga, pero con contrato de guardia. Un año después, en 2023, renunció el médico especialista en salud mental, lo cual obstaculizó el acceso a tratamientos psicofarmacológicos en el hospital, por lo que las personas que requerían tal atención debían dirigirse a la ciudad capital (trescientos kilómetros) o a provincias vecinas como Tucumán o La Rioja. Aunque por un lapso breve se contrató a una psiquiatra, renunció al poco tiempo. Hubo cambios adicionales de incorporación y renuncia de trabajadores en dicho periodo.

Para 2025, el servicio en el hospital está conformado por dos psicólogos, una enfermera y una trabajadora social, cada uno con 20 horas de trabajo semanal en el hospital. Así, se cubre la atención por Salud Mental de lunes a viernes todas las mañanas y tres días por las tardes. Este equipo se encuentra abocado al trabajo asistencial, cubriendo los dispositivos de atención en internación, interconsultas, urgencias de salud mental, derivaciones a instituciones de mayor complejidad, respuesta a oficios remitidos por la Justicia, consultorios externos, admisiones y visitas domiciliarias en caso de urgencias de salud mental que justifiquen tal intervención.

El manejo de la medicación psiquiátrica es cubierto por Clínica Médica, y en casos necesarios se solicita teleconsulta con psiquiatras de los hospitales de la ciudad capital. Los talleres y dispositivos comunitarios son esporádicos, ya que tales intervenciones suelen realizarse en las postas sanitarias, donde se encuentran trabajando dos psicólogas cubriendo dos zonas diferentes de la ciudad. Desde el servicio de Salud Mental, se ha trabajado con los médicos de guardia sobre las pautas de alarma y los criterios a tener en cuenta para las internaciones por Salud Mental, y también sobre el uso de la medicación psicofarmacológica en las urgencias, ya que son quienes se encargan de la atención de las urgencias.

Los profesionales de Salud Mental solo intervienen en la actualidad en las urgencias durante el horario laboral. El resto del tiempo, la atención es brindada por el equipo de guardia. El manejo de las urgencias por salud mental es una cuestión problemática por diversos motivos. Por ejemplo, hubo un momento en el cual la psicóloga jefa del servicio respondía a los llamados en caso de una urgencia y acudía e intervenía. Con la inclusión de nuevos profesionales, era necesario revisar este accionar. A su vez, un tema a considerar es la necesidad de garantizar el acceso a la medicación psicofarmacológica para el manejo de las urgencias,

considerando que el acceso a esta requiere de un procedimiento burocrático complicado.

Otro tema debatido ha sido la necesidad de consignas policiales para aquellas personas sin acompañante durante la internación. Otra dificultad radica en los recursos y la estructura edilicia del hospital, que tiene puertas de entrada y salida por diferentes zonas, ventanas de vidrio, no cuenta con seguridad en ningún turno, en el internado solo cubren dos o tres enfermeros, y la guardia cuenta con una sola enfermera y un médico.

Una dificultad adicional es que solo hay un consultorio destinado para Salud Mental, el cual llegó a ser utilizado por cinco personas de manera simultánea, lo que generaba malestar y dificultades para llevar a cabo el trabajo diario. A su vez, algunas de las actividades de capacitación o talleres se realizaban en el auditorio del hospital, el cual fue reemplazado en el año 2024 para inaugurar la sala de tomografía.

Por otro lado, es importante mencionar que el personal del servicio de Salud Mental también responde a interconsultas en el internado y por consultorio externo, trabajando generalmente con los servicios de Clínica Médica, Pediatría y Ginecología. Estas atenciones son una fortaleza para el abordaje integral de las personas, ya que refuerzan el pensar a los pacientes como seres biopsicosociales.

## **Internación por Salud Mental en el hospital**

En el hospital no hay un servicio de internaciones de Salud Mental específico, por lo que se interna a las personas de acuerdo con el motivo de ingreso y la disponibilidad de camas. Dentro de esta organización, a raíz de la pandemia por COVID-19, quedó instalado un sector de aislamiento, que es utilizado en caso de personas con diagnósticos graves que requieran estar solas en la habitación, por ejemplo, brote o descompensación psicótica, intentos de suicidio o

crisis de excitación psicomotriz. Este sector también se utiliza para otras condiciones que requieren de aislamiento (COVID-19, dengue o pacientes judicializados con consigna policial).

Cabe señalar que en el HZB se realizan internaciones por motivos de salud mental desde el ingreso de la primera psicóloga en el año 2004. En esa época, previa a la Ley Nacional de Salud Mental, la psicóloga intervenía, pero sin tener un rol central en la toma de decisiones respecto a la internación. En el 2019 se trabajaba interdisciplinariamente con otros profesionales, pero fue a partir del año 2021 cuando las internaciones comenzaron a ser abordadas de manera interdisciplinaria por el equipo de Salud Mental que se había conformado.

Se trabaja principalmente con adolescentes, jóvenes y adultos. Por lo general, las mujeres son internadas por presentar cuadros de ansiedad, síndromes de conversión, intentos de suicidio por ingesta de pastillas o autolesiones cortantes, abuso sexual, violencia de género o familiar. Mientras que los varones se internan también por cuadros de ansiedad, consumo problemático, sobre todo de alcohol, intentos de suicidio por ahorcamiento principalmente y conflictos de pareja. En general, las personas que trabajan lo hacen en tareas por cumplir, como becados de la municipalidad, empleados mineros, changas o en la docencia (principalmente las mujeres). En cuanto al nivel educativo, se observa mayor deserción escolar en los varones, mientras que las mujeres suelen terminar sus estudios secundarios.

Con relación a los tiempos de internación, es importante mencionar que, desde mayo de 2023 hasta septiembre de 2025, hay una persona cursando una internación involuntaria, por no contar con una red de contención social que lo aloje. A pesar de este caso particular, las internaciones suelen ser lo más breves posible, donde a veces los casos se resuelven en la atención por guardia o en el mismo día si se interna. Sin contar el caso anterior, el tiempo máximo de internación en el 2024 fue de diecinueve días, tratándose

del caso de un joven con múltiples internaciones y conflictos con la ley penal y consumo problemático de sustancias. En este caso la internación fue para compensar su cuadro, pero a la vez se trabajó con la Justicia arduamente, ya que los aspectos legales atravesaban el abordaje. Como equipo, se intentó respetar los derechos del paciente, evitando que la internación se prolongara por motivos que no fueran de salud mental, tal como lo establece la Ley 26.657.

Es importante mencionar que durante la internación es obligatorio que el paciente esté acompañado de un familiar, referente afectivo o consigna policial en caso de no contar con lo anterior. Al no haber un espacio con recurso humano destinado específicamente a la salud mental, sumado a las condiciones edilicias del establecimiento, lo mencionado es un criterio de resguardo. A su vez, se considera que el abordaje debe ser integral, donde los lazos con otros influyen en la salud de las personas, por lo que también se trabaja con quienes lo rodean, identificando referentes que puedan acompañar el tratamiento. Este abordaje se realiza a través de entrevistas con la familia, no solo para recaudar información del caso, sino también para brindar un espacio de contención a los familiares y trabajar pautas de cuidado y acompañamiento.

El abordaje durante la internación es interdisciplinario. Generalmente, la primera entrevista, una vez internada la persona, es realizada en conjunto por la psicóloga y la trabajadora social, concibiendo al paciente y a su familia desde un abordaje integral. Desde psicología se realiza psicoterapia breve con orientación psicoanalítica por la mañana y cognitivo-conductual por la tarde, siempre enmarcada en el caso por caso. En cuanto a trabajo social, se realiza seguimiento de las familias, como así también de las necesidades psicosociales del paciente. Por último, desde enfermería se trabaja con los médicos o el equipo de salud; también se entrevista al paciente para identificar sus necesidades, se realiza la planificación y ejecución de cuidados integrales, oportunos y eficaces, apostando a generar lazos entre el

paciente, el equipo de salud y la familia que favorezcan el tratamiento, y se trabaja con el manejo y la administración de psicofármacos.

Al no contar con psiquiatra actualmente, para los casos que requieren de esta intervención, se realiza teleconsulta con un médico psiquiatra. En los casos graves que requieren de un acompañamiento más riguroso y con fármacos puntuales con los que el hospital no cuenta, se realizan derivaciones a un centro de mayor complejidad en la ciudad capital.

Una dificultad que se presenta durante la internación es la administración de los fármacos. La enfermera del equipo de Salud Mental se hace cargo de este manejo durante su jornada laboral, pero, fuera de esta, quedan a cargo los enfermeros del área de internación, que son generalmente dos profesionales por turno que están a cargo de todo el internado que engloba Clínica Médica, Cirugía, Salud Mental y Traumatología. Ello ha generado que en algunas oportunidades no se sigan o registren las intervenciones farmacológicas adecuadamente.

Un aspecto que se ha estado trabajando es la protocolización de ciertas intervenciones en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, aunque atendiendo a las particularidades de la singularidad de cada caso. Por ejemplo, se ha buscado protocolizar la evaluación clínica en la guardia de quienes ingresen por motivos de salud mental y, en caso de quedar internados, la solicitud de laboratorio de control. En casos graves priorizar la internación hasta ser evaluado por el equipo de Salud Mental, sin otorgar el alta voluntaria. En cuanto a la medicación, se trabaja generalmente con ansiolíticos disponibles en el momento, apuntando a que quede indicada alguna medicación SOS o de emergencia, de ser necesario. Se puntualiza que las personas internadas deben estar acompañadas por algún referente afectivo sin excepción y que, si no lo hubiese, se debe solicitar una consigna policial, la cual muchas veces es de difícil acceso.

## ¿Cuándo puedo irme a casa?

El siguiente caso ejemplifica las dificultades del trabajo con personas con problemáticas severas de salud mental sin red vincular y alta vulnerabilidad social. Este caso nos cuestiona sobre los alcances de la internación en hospitales generales para este tipo de situaciones.

“¿Hasta cuándo voy a estar acá?”, preguntó Joaquín al tercer día de su internación. Respondimos: “Estamos haciendo todo para que pronto te vayas”. Realmente lo estábamos haciendo, pero habíamos contestado ingenuamente, y ese pronto se convirtió en un año y nueve meses, con días que continúan corriendo, y la espera se hace eterna.

Joaquín ingresó por guardia en mayo del 2023 por descompensación psicótica. Su diagnóstico es esquizofrenia paranoide. Ya lo conocíamos de otras internaciones, de otras instituciones de salud, de comunicaciones telefónicas con equipos de salud de otras provincias que tuvieron contacto con él, sobre todo durante la pandemia, ya que, pese a todo tratamiento, el viajar es parte de su singularidad.

Ahora bien, se preguntarán por qué continúa internado después de tanto tiempo. Podríamos decir que, entre varios aspectos, ello se debe a la ausencia de contención familiar, una enorme estigmatización de la sociedad y la ausencia de políticas públicas para su reinserción social.

Joaquín es de un pueblo del norte de Belén. Según entrevistas que tuvimos con una hermana, relató que Joaquín de joven se encontraba al cuidado de su madre enferma y, luego de su fallecimiento, tuvo un brote psicótico. Por otro lado, otras personas afirman que hace años estuvo trabajando en una fábrica al sur del país donde tuvo un accidente laboral, y a partir de allí se descompensó. Lo cierto es que Joaquín no cuenta con el apoyo familiar que lo contenga y acompañe. A partir de la intervención de la Justicia, se logró el apoyo económico para su manutención por parte de su padre.

Aunque Joaquín tiene conocimientos y habilidades para desarrollar tareas y trabajos no calificados, presenta

dificultades para manejar por sí mismo su medicación. A su vez, es invadido en ocasiones por ideas delirantes que lo movilizan a viajar –en colectivo, a dedo o caminando–, o a presentar conductas disruptivas, como contestar mal a otros o tirarse al piso en la vía pública. Los viajes hacen parte constante del trabajo con él: “Joaquín se fue del hospital”, “Joaquín se encuentra en Andagalá”, “Joaquín está en Catamarca, ya lo enviamos con la ambulancia”.

Con el paso del tiempo, fuimos conociendo a Joaquín. Comprendimos que es sensible a la falta de medicación. También ubicamos que, cuando se encuentra entre varias personas internadas cerca de su habitación, sus ideas delirantes se agudizan. A veces aparecen alucinaciones visuales y cenestésicas, que ceden cuando esas personas se van de alta. Dada su conducta desorganizada, es visto como “peligroso” por profesionales de salud y otras personas que se encuentran con él en el hospital. También, Joaquín tuvo un accidente laboral de joven, algo que en su discurso ocupa un lugar importante y que impacta en su cuerpo. Manifiesta sentir dolor en su brazo y solicita una venda que lo inmovilice, pero otros profesionales cuestionaron la existencia de tal lesión.

Hoy en día, Joaquín continúa internado, aunque hemos logrado recuperar algunas cuestiones de apoyo familiar. Cuenta con apoyo económico por parte de su padre y, más recientemente, el acompañamiento de un tío. Aun así, esto no ha sido suficiente para que se pueda ir del hospital. Nos sigue orientando en nuestra búsqueda de alternativas para que Joaquín pueda “irse a su casa”.

Este caso nos mostró, una vez más, la importancia de tener en cuenta las particularidades de cada paciente y, si bien muchos casos presentan aspectos similares, Joaquín nos enfrenta a intentar realizar un trabajo interinstitucional importante. En este punto aprendimos sobre los límites de nuestra intervención, ya que muchas de las razones por las que Joaquín continúa en el hospital se deben a que el trabajo de otras instituciones también presenta falencias.

Judicialmente, no hay más que una disposición de un cobro mínimo de dinero, con el cual Joaquín no puede llevar una vida fuera del hospital, ni se cuenta con otros apoyos sociales sólidos en la ciudad para brindar otro tipo de conciliación.

En relación con esto, mientras no había una figura familiar presente, se trabajó conjuntamente con el Juzgado, donde se destinaron acompañantes legales para el apoyo de Joaquín y, si bien por un tiempo fueron de ayuda, terminaron cediendo este rol ante la figura del tío.

En la ciudad no se cuenta con albergues ni hospitales de día que puedan trabajar con estas personas. Por otro lado, nunca se logró un trabajo conjunto con instituciones municipales debido a diversos factores, como cambios de gobierno y reorganización de personal. En este caso en particular, la municipalidad, que debe responder por las necesidades de Joaquín, muestra una clara negativa a hacerlo. También se observa estigmatización de la población general donde debería vivir, en el norte de Belén.

Además, es importante mencionar las dificultades que se presentan con relación a los apoyos familiares. Suele escucharse de quienes acompañan a personas que presentan algún padecimiento de salud mental que “se cansan” o “ya no saben qué más hacer”. Situaciones que también se ven afectadas por la falta de instituciones y políticas públicas que atiendan estas problemáticas. En este punto, también nos planteamos qué más hacer desde el servicio de Salud Mental para intentar modificar esto. Si bien, en todos los casos, se trabaja conjuntamente con familiares, evidentemente no es suficiente.

## Cierre

Este y muchos otros casos nos hicieron ver que todas estas falencias desembocan en que es el sector salud el que

termina haciéndose cargo de estos casos complejos y dando respuestas, aunque no siempre es posible modificar las realidades de las personas. Esto, en muchas ocasiones, es un círculo vicioso interminable, en el que se atiende y compensa a pacientes que luego no cuentan con los apoyos necesarios, por lo que nuevamente se descompensan y tienen que volver a ser internados.

Pese a estas dificultades, podemos señalar que el servicio de Salud Mental del HZB ha sido importante para ampliar la oferta de atención por motivos de salud mental en la zona rural de la provincia de Catamarca, y consideramos importante seguir ampliando los recursos hacia estas poblaciones alejadas de los centros urbanos, donde el trabajo en cuanto a salud mental implica siempre alojar la singularidad de los sujetos y sus padecimientos.

## Referencias bibliográficas

- INDEC (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>.
- República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy, Posadas.



# Salud mental en hospitales generales: un espacio por construir

*Hospital Municipal Dr. Ignacio Pirovano,  
General Arenales, provincia de Buenos Aires*

MARÍA LAURA MALAGAMBA

## Introducción

En este trabajo se expondrá cómo un hospital general de complejidad media, ubicado en una comunidad pequeña de aproximadamente 15.000 habitantes, ha avanzado en el proceso de adecuación a los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 (2010). Se abordarán los desafíos enfrentados desde la creación del servicio de Salud Mental en el año 2016 para operar en conformidad con dicha normativa, así como los procesos de construcción institucional de un espacio específico para la atención en cuanto a salud mental.

Entre los principales desafíos, se encuentran la internación de personas con padecimientos mentales en áreas previamente destinadas a otras especialidades médicas –una transformación impulsada por la ley–, el abordaje de situaciones de violencia durante las internaciones y la atención de niños, niñas y adolescentes con problemáticas severas, que en muchos casos exceden la capacidad de respuesta del equipo.

Entre las estrategias implementadas para disminuir las resistencias internas al desarrollo del servicio de Salud Mental, se destacan las actividades de promoción y prevención dirigidas al propio personal del hospital, así como la

realización de capacitaciones sobre temáticas vinculadas a la salud mental.

## El hospital

El Distrito de General Arenales se encuentra ubicado al noroeste de la provincia de Buenos Aires, limitando con la provincia de Santa Fe. Este distrito comprende seis localidades: General Arenales (cabeza de distrito), Ascensión, Ferré, Arribeños, La Angelita y La Trinidad, con una distancia mínima entre ellas de aproximadamente quince kilómetros, y una población total de 16.350 habitantes. Según el último censo, la población de 65 años o más en el distrito era del 17,4 %, porcentaje mayor que el promedio provincial (12 %) (provincia de Buenos Aires, 2022). La agricultura y la ganadería son las actividades principales, acompañadas por numerosas pequeñas y microempresas que son un motor importante en la economía local.

Al no existir un centro urbano único que concentre toda la población, la distancia es uno de los desafíos del sistema de salud a la hora de brindar cobertura sanitaria y lograr una buena administración. El único hospital general con el que se cuenta es de dependencia municipal y de media complejidad y se ubica en la cabecera del distrito. Adicionalmente, y para responder a la atención en salud de la población, este hospital articula con los centros de atención primaria ubicados en las diferentes localidades, que brindan prestaciones ambulatorias y de exámenes complementarios.

El hospital fue fundado en el año 1906 y lleva por nombre “Dr. Ignacio Pirovano”. Cuenta con treinta camas, distribuidas de la siguiente forma: dieciocho para internación general, ocho para maternidad y pediatría, y cuatro para cuidados intensivos. Estas se asignan por demanda y por niveles de cuidado. Adicionalmente, se cuenta con treinta camas

pertenecientes a la residencia de ancianos, que se encuentra dentro del predio del nosocomio. Además de la internación, se realiza atención por consultorios externos en dieciséis especialidades de salud, así como pruebas diagnósticas por imágenes. Cabe destacar que el hospital atiende a toda la población, sin importar su tipo de cobertura en salud. En el distrito no existen centros privados que ofrezcan servicios de internación, aunque sí funcionan algunos prestadores privados que realizan estudios y consultas ambulatorias. En este contexto, el hospital cumple un rol central como prestador integral y de referencia.

El hospital cuenta con un acceso principal que incluye áreas de recepción, administración y consultorios externos, acompañados con amplias salas de espera. También dispone de farmacia, oficinas de desarrollo social, sala de reuniones, quirófanos, maternidad, terapia intensiva, área de oncología, *office* de enfermería, salas de recuperación, cocina, habitaciones para médicos y choferes, así como un área de internación pediátrica y maternidad, y un laboratorio de análisis clínicos.

Posee una segunda entrada lateral destinada a urgencias, donde se encuentra el *shock room*, junto con el área de administración para recepción de urgencias y habitaciones de observación. Dentro del predio –como ya se mencionara–, también se encuentra una de las residencias de ancianos del municipio. Separados del resto del hospital por una calle interna, se ubican la lavandería, el área de mantenimiento, cocheras y el servicio de Salud Mental, junto al consultorio de estimulación temprana. Esta calle, que incluye una pequeña rotonda en la zona de emergencias, permite la circulación y el acceso de vehículos de emergencias, y genera así una separación física y funcional entre los servicios generales del hospital y estos sectores específicos. Desde su inauguración, el hospital ha estado en continuo crecimiento. Actualmente, se encuentra en obras un nuevo geriátrico, una ampliación del área administrativa, salas de espera y el área de urgencias.

## La salud mental en el hospital

Antes del año 2016, la atención por motivos de salud mental en el hospital se realizaba exclusivamente de forma ambulatoria, en consultorios externos atendidos por psicólogos. No se contaba con servicios de psiquiatría en la zona, por lo que las interconsultas eran derivadas a centros públicos o privados de ciudades cercanas como Junín o Pergamino. Las urgencias en cuanto a salud mental eran inicialmente abordadas por el médico clínico de guardia, y, en los casos que requerían derivación, los pacientes eran trasladados al Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Abraham F. Piñeyro con sede en Junín. Este hospital recibe derivaciones y atiende a pacientes de localidades aledañas, que requieren una atención de mayor complejidad.

El servicio de Salud Mental se fundó en noviembre de 2016, luego de varios meses de reuniones con profesionales de diferentes disciplinas y autoridades de salud. Un grupo interdisciplinario de profesionales había realizado un diagnóstico situacional que evidenció importantes desafíos. En ese momento el hospital contaba con dos psicólogos que atendían en consultorios externos, en un contexto de creciente demanda de tratamientos ambulatorios. Además, se había registrado un aumento significativo en las urgencias por motivos de salud mental, sin contar con un sistema adecuado para su abordaje. No existía un equipo interdisciplinario que pudiera dar respuestas a esas situaciones. Se habían producido varios episodios disruptivos, entre ellos incidentes viales con fuerte impacto comunitario que requerían de abordajes integrales desde la salud mental comunitaria para brindar contención, orientación y acompañamiento ante situaciones críticas. Además, diversas instituciones comenzaron a solicitar la intervención de profesionales del campo de la salud mental. Por todo lo anterior, era necesaria la conformación de un servicio específico que atendiera las cuestiones atinentes a la salud mental de la población, y se enmarcara en la Ley Nacional de Salud Mental. Las

autoridades del hospital rechazaron la propuesta, restando importancia al análisis situacional realizado.

Paradójicamente, un día después de que las autoridades del hospital informaran esta negativa, la comunidad de General Arenales fue atravesada por un incidente crítico de gran magnitud. Se trató de un siniestro vial, en el que fallecieron tres personas, entre ellas menores, todos con fuertes lazos con distintas instituciones y espacios de la localidad. Esta situación convocó a los profesionales de salud mental a intervenir ante la angustia, la ansiedad, la incertidumbre y el abordaje de la muerte, desencadenados por este episodio crítico. Al tratarse de una comunidad pequeña, en donde las personas se conocen entre sí y comparten diversos espacios cotidianos, el duelo y procesamiento de situaciones disruptivas (Benyakar, 2016) trasciende el límite de lo individual o familiar a lo colectivo. Ello produjo una demanda simultánea de acompañamiento y abordaje desde distintas personas e instituciones. Esta situación hizo que se revirtiera la negativa del hospital a la creación del servicio de Salud Mental, siendo de señalar que su formación fue respaldada por la decisión política del intendente del distrito de implementar una política de salud integral que incluyese a la salud mental como un componente esencial.

Actualmente, el servicio de Salud Mental del Hospital Municipal está conformado por siete psicólogas, dos médicos psiquiatras, una trabajadora social y una secretaria administrativa. A su vez, cada profesional del equipo está asignado a una de las localidades cercanas, con la finalidad de brindar atención ambulatoria y gestionar programas de promoción y prevención, detectando y evaluando las necesidades de la comunidad. También se cuenta con acompañantes terapéuticos que trabajan tanto en las internaciones como en los tratamientos ambulatorios, como así también con enfermeras domiciliarias que brindan asistencia para garantizar el sostenimiento del plan farmacológico.

Los miembros del servicio cuentan con una carga horaria laboral de entre doce y treinta horas semanales,

dependiendo de las actividades que desempeñan. Cinco de los profesionales hacen parte de la planta permanente del hospital, y los demás trabajan bajo la modalidad de prestación de servicios. En su gran mayoría, tienen más de un empleo.

Las actividades desarrolladas por el servicio de Salud Mental incluyen entrevistas de admisión y orientación, evaluaciones judiciales, tratamiento ambulatorio psicológico y psicofarmacológico, guardias pasivas de veinticuatro horas para la atención de urgencias, internación, promoción y prevención de la salud. Esto último incluye talleres, charlas, conversatorios y capacitaciones que abordan temas cruciales para la comunidad.

Entre 2016 y 2023, el servicio de Salud Mental desarrolló diversas iniciativas orientadas a la promoción, la prevención y el fortalecimiento comunitario. Entre ellas se destaca “Crianzas Cuidadas”, taller dirigido a personas a cargo de niños, niñas y adolescentes, con el objetivo de brindar herramientas para una crianza respetuosa, y capacitaciones sobre prevención y detección del abuso sexual infantil. Se llevaron a cabo charlas sobre *bullying*, *ciberbullying*, *grooming*, autocuidado y conductas de riesgo en la adolescencia, así como el concurso “Expresarte”, donde jóvenes elaboraron campañas de prevención sobre consumos problemáticos tras participar en conversatorios.

El programa “Cuidar a los que cuidan” ofreció herramientas de autocuidado en salud mental a personal de salud, bomberos y policías. Por su parte, la campaña “La primera ayuda podés ser vos” promovió la prevención del suicidio a través de redes sociales, encuestas, materiales audiovisuales y actividades participativas. Cada 10 de octubre, en el marco del Día Mundial de la Salud Mental, se organizaron actividades abiertas a la comunidad, como cine-debate, talleres, jornadas de capacitación y muestras artísticas. También se brindaron talleres sobre primeros auxilios psicológicos, gestión emocional y abordaje de crisis. El uso de redes sociales fue clave para el diagnóstico comunitario y la producción

de materiales de sensibilización, utilizando el humor como herramienta para desestigmatizar. Todo el contenido se encuentra disponible en Instagram (@salud\_mental\_arenales) y Facebook (Salud Mental Gral. Arenales). Finalmente, el “Taller Consentido”, destinado a personas usuarias del servicio, se enfocó en la gestión emocional y el fortalecimiento de habilidades sociolaborales. En este marco, se desarrolló un emprendimiento de producción y venta de velas de cera de soja.

Del mismo modo, es necesario destacar el rol fundamental que el servicio de Salud Mental desempeñó durante la pandemia de COVID-19, entre los años 2019 y 2022. En un escenario signado por la incertidumbre, el aislamiento y el incremento de la demanda subjetiva, dicho servicio sostuvo funciones centrales de asesoramiento, contención y orientación, tanto hacia la población general como hacia los profesionales de la salud y los equipos de conducción política. Esta experiencia evidenció la capacidad de los dispositivos de Salud Mental para constituirse en referencia indispensable en contextos de crisis, ampliando su campo de acción más allá de la clínica individual y consolidando su función estratégica en la organización de respuestas colectivas.

Cabe destacar que en el servicio se trabaja desde una perspectiva comunitaria, intersectorial e interdisciplinaria. Particularmente, son ideas orientadoras las de la accesibilidad entendida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Barcala y Stolkiner, 2000), y la interdisciplina e intersectorialidad como respuestas a la complejidad de los aspectos de la vida que producen sufrimiento (Galende, 2015).

## Internación por Salud Mental en el hospital

Las personas usuarias del servicio de Salud Mental llegan por diversas vías: por demanda espontánea, por derivación de médicos clínicos, de otros sectores como Justicia o Educación, o por el servicio de Urgencias y Guardia Médica. Dependiendo de la gravedad del caso, se llevan a cabo diferentes estrategias, siendo la internación una de ellas. La internación solo se utiliza en casos donde los profesionales evalúan que el sujeto presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. El espacio físico en el cual se realizan las internaciones por Salud Mental es la sala de internación general en caso de adultos, y en el área de pediatría y maternidad en el caso de NNyA o mujeres embarazadas. No existe un número predefinido de camas disponibles para la internación por Salud Mental.

Las intervenciones que se realizan durante la internación son abordaje psicológico, abordaje psiquiátrico (con un plan psicofarmacológico), control por médicos clínicos, evaluación de los referentes afectivos, orientación a familiares y, en caso de ser necesario, interconsulta y derivación a la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio. Dependiendo del estado de la persona usuaria y teniendo en cuenta su deseo, se propone el acompañamiento terapéutico. En algunas ocasiones se requiere de profesores de Educación Física o de Arte. También se invita a las personas internadas a participar del “Taller Consentido”. La figura de cuidadores se integra como estrategia terapéutica cuando las personas usuarias no poseen familiares referentes. Se solicita excepcionalmente custodia policial en casos de extremo desajuste conductual, donde se considera riesgo para sí o para terceros, con el fin de resguardar al sujeto y a la institución.

En el periodo 2022 y 2023, se registraron 95 internaciones por Salud Mental en el hospital, de las cuales 42 (44 %) fueron inicialmente evaluadas en el hospital y, según las características clínicas y las condiciones de cobertura, fueron derivadas a instituciones privadas para continuar su

internación. Cabe destacar que ninguna de estas personas permaneció en espera por falta de camas en el hospital, ya que las derivaciones se realizan de forma oportuna. Los tiempos de internación varían según la particularidad de las personas usuarias, aunque el rango de duración es de entre veinticuatro horas y treinta días. Las de mayor extensión en el tiempo son las menos frecuentes. El promedio es de quince días de internación. En algunos casos ha habido extensión en el tiempo de las internaciones, lo cual se ha debido a dificultades socioambientales tales como la falta de acceso a una vivienda digna, condiciones habitacionales precarias o dificultad en el acceso a servicios básicos. Entre las problemáticas más frecuentes que motivan las internaciones, se encuentran la ideación suicida, intentos de suicidio, conductas autolesivas, consumos problemáticos y descompensación psicótica aguda.

La mayoría de las internaciones fueron voluntarias. Cuando tras la evaluación interdisciplinaria se determinó la necesidad de una internación involuntaria, se dio inmediata intervención a la Justicia, y se obtuvo respuesta rápida gracias a un trabajo interinstitucional efectivo. Como se mencionó anteriormente, cuando fue necesario, se contó con el acompañamiento de la fuerza pública y de seguridad, en un marco de articulación proactiva, respetuosa y eficiente.

Respecto de los obstáculos para el trabajo, se puede mencionar que el compartir el mismo espacio de internación con otras problemáticas de salud ha generado reclamos por el comportamiento de los pacientes de Salud Mental. Se reciben comentarios tales como “Cómo puede ser que los pacientes deambulan por los pasillos, fumen, son unos vivos”. Para sortear algunos de los obstáculos para la inclusión de la atención por Salud Mental en el hospital general, se han desarrollado estrategias como capacitaciones al personal del hospital mediante jornadas, ateneos y talleres. También, el festejo del Día Mundial de la Salud Mental ha permitido trabajar sobre la salud mental de los propios trabajadores de la salud. Hoy podemos afirmar que se ha

avanzado en el trabajo interdisciplinario desde la aceptación y el entendimiento.

También ha sido difícil abordar casos de pacientes extremadamente violentos y con rasgos perversos, y menores con padecimiento mental grave, los cuales generaron un gran desborde institucional y caos entre la comunidad hospitalaria, ya que el nosocomio no cuenta con los recursos para afrontar este tipo de situaciones. En tales casos ha sido necesario pedir ayuda al Ministerio de Salud de la provincia, y efectuar la derivación correspondiente a clínicas u hospitales psiquiátricos.

### **¿Caso difícil o carencias del sistema?**

Aunque son muchos los avances y aciertos en el trabajo desde el servicio de Salud Mental en términos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, se elige presentar un caso difícil, ya que, pese al esfuerzo y los recursos por mantener la atención en el ámbito comunitario, se terminó apelando a otros dispositivos. Por ejemplo, realizamos convenios para efectuar internaciones en monovalentes públicos y privados, por no contar con los medios necesarios para poder brindar la atención acorde a las necesidades y características del sujeto y su desborde. Aunque los profesionales abogamos por un nuevo paradigma de desmanicomialización, hay casos e intervenciones que cuestionan tales ideales desde nuestra propia práctica. Así, quisiéramos poner en discusión la situación de localidades pequeñas, en donde los hospitales generales cuentan con recursos limitados para la internación general, y donde es difícil que se cuente con un área adaptada a los requerimientos de pacientes con dificultades conductuales severas. Al mismo tiempo permite visibilizar cómo desde el equipo hemos debido adaptarnos creativamente para sostener los abordajes, gestionar alternativas posibles y construir redes

de apoyo con los recursos existentes, a pesar de las limitaciones. Es un caso que resume tanto la complejidad clínica como las tensiones institucionales y territoriales con las que se trabaja cotidianamente.

Lautaro fue atendido por el servicio en el año 2017, cuando tenía 9 años de edad. Llegó al servicio de Salud Mental derivado por el colegio, debido a desajustes conductuales, bajo desempeño escolar y crisis de excitación psicomotriz. Su comportamiento representaba un riesgo para él y sus compañeros. Había estado expuesto a situaciones de violencia física, sexual y verbal. Vivía con su madre, quien tiene diagnóstico de psicosis paranoide y retraso mental moderado, y la pareja de su madre. Su padre biológico es una persona de escasos recursos simbólicos, lo que le dificulta ejercer su rol paterno.

Desde su ingreso al servicio hace ocho años, Lautaro ha sido objeto de múltiples intervenciones, incluyendo diversas internaciones en nuestro hospital y en otras instituciones privadas. En primera instancia, se buscó estabilizar su cuadro durante las internaciones y facilitar su regreso a casa, apoyando a la familia, clubes e instituciones educativas mediante acompañamiento terapéutico y seguimiento social. Para sostener las estrategias en atención ambulatoria, se incluyó una enfermera domiciliaria para garantizar el cumplimiento del tratamiento, ya que sus familiares no administraban correctamente la medicación. Para las consultas con el psiquiatra infanto-juvenil, era necesario trasladar a Lautaro a una localidad a setenta kilómetros. Las dificultades presentadas derivaron en su descompensación y una nueva internación. Durante un tiempo prolongado, fue un círculo vicioso de ingreso, estabilización en internación, egreso hospitalario y nuevas intervenciones en ambulatorio. Se fueron agotando los recursos, ya de por sí escasos.

Durante las internaciones en el hospital general, se contó con acompañamiento terapéutico, abordaje desde pediatría, plan farmacológico y evaluaciones diarias por psicología. Se incluyó a profesores de Educación Física y maestros

particulares, se crearon espacios acordes a sus necesidades y también se autorizaron salidas terapéuticas con el fin de fomentar su inclusión social. Esas salidas se realizaban junto a su acompañante terapéutico. Ante la vulneración de sus derechos, se derivó la situación al servicio local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Se ofreció tratamiento a los familiares. Tras varios meses se fueron acotando los recursos y dispositivos. Se identificaron nuevos familiares que pudieron colaborar temporalmente. Se realizaron reuniones intersectoriales con Seguridad, Justicia y Desarrollo Social del municipio para evaluar nuevas estrategias de intervención. La guardia del hospital se encontraba en continua alarma debido al incumplimiento de las indicaciones terapéuticas por parte de su familia.

Luego de varios meses de intentar diversas estrategias, el equipo tomó la decisión de derivar a Lautaro a una institución privada, que podía ofrecer condiciones de atención más acordes a sus necesidades. Con el tiempo, Lautaro alcanzó cierta estabilidad, pero se presentaron dificultades para el retorno con su familia de origen. Con mucho esfuerzo se logró ubicar una familia de acogida, que contó con acompañamiento de nuestro equipo y del área de desarrollo social. Sin embargo, Lautaro presentaba desajustes conductuales severos, por lo cual la familia de acogida no pudo sostener su cuidado.

En la actualidad, Lautaro presenta desinhibición y comportamientos hipersexuales, además de un deterioro significativo, lo cual repercute en su red de apoyo social. Se encuentra internado en un centro especializado privado, acorde a sus características, presentando crisis severas esporádicas. No fue posible conseguir, para su pronta externación debido a la escasez de recursos dentro del sistema de salud nacional y provincial, un hogar convivencial con disponibilidad que permitiera a Lautaro continuar con su vida habitual acorde a sus necesidades personales y psicosociales. Trabajar en conformidad con la Ley Nacional de Salud

Mental (2010) en casos de extrema gravedad, “difíciles”, se nos presenta en ocasiones dificultoso, lo que expone a riesgos a los profesionales de la salud, quienes no cuentan con las herramientas o los dispositivos adecuados. ¿Qué pasa cuando la salud pública no tiene respuestas y nos excede? ¿Qué sucede con la frustración de los profesionales cuando el agotamiento es igual que el agotamiento de recursos?

Este caso refleja el esfuerzo de los profesionales de Salud Mental ante la falta de dispositivos adecuados para atender a Lautaro, y el trabajo artesanal realizado para implementar estrategias acordes a la particularidad del caso. El camino hacia la recuperación de Lautaro sigue siendo un desafío complejo que requiere atención continua y colaboración de múltiples actores. En este sentido, resulta fundamental reflexionar sobre la importancia de trabajar con lo posible, con los recursos concretos con los que se cuenta, aun cuando no se disponga de las condiciones esperables. Si bien es el Estado quien tiene la responsabilidad de proveer los medios adecuados y garantizar dispositivos acordes a la normativa vigente, los equipos de salud y las comunidades locales no pueden quedar a la espera pasiva de que esas transformaciones se produzcan. La práctica cotidiana nos muestra que también es necesario sostener una actitud activa y creativa, generando alternativas desde lo real y lo inmediato. De este modo, se reafirma el rol de los profesionales como sujetos capaces de resistir, de sostener el deseo y de construir espacios de cuidado y acompañamiento, aun en contextos de carencia, al mismo tiempo que se exige al Estado la creación, la ampliación y el cumplimiento de las políticas públicas necesarias.

## Cierre

Quisiéramos terminar recordando a Emiliano Galende, cuyas ideas hacen parte de la identidad de nuestro servicio. En sus palabras:

Cuando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Y curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos: hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social. Hay que atender toda esa complejidad. Las personas no se curan solo porque se les alivie la ansiedad o se les calme el delirio; se les cura si la vida se les vuelve a organizar. Y esa es la explicación de por qué es necesario una interdisciplina (Galende, 2015).

En el escenario complejo en el que desempeñamos nuestra labor, la persistencia y el compromiso de quienes trabajan día a día desde los servicios abren caminos. Cada intento por buscar alternativas es una forma de construir la salud mental, cuyo horizonte nos traza la Ley de Salud Mental.

## Referencias bibliográficas

- Barcala, A., & Stolkiner, A. (2000). Reforma del sector y utilización de servicios de salud en familias NBI: Estudio de caso (pp. 69-81). En Domínguez Mon, A., Federico, A., & Findling, L. (Eds.). *La salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas* (1.ª ed.). Nueva Editorial Universitaria.
- Galende, E. (2015). Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes de Salud Mental

(video). Disponible en <https://youtu.be/kT7uIaPrc-XU?si=kN59fK2jMZLGGFDa>.

Provincia de Buenos Aires (2022). Censo 2022. Buenos Aires. Resultados definitivos por municipio. Año 2022.

República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. En <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234988/20101203>.



## **Autores**

### **Martín Agrest**

Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Proyecto Suma. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones en Psicología. Red de Investigaciones en Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Corina Anfuso Maciel**

Licenciada en Psicología. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### **Mauricio Arce**

Licenciado en Psicología. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### **Sara Ardila-Gómez**

Doctora en Salud Mental Comunitaria. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones en Psicología. CONICET. Red de Investigaciones en Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Valeria Árnica**

Licenciada en Psicología. Especialista en Salud Mental. Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, provincia del Chaco.

### Adrián Arrighi

Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria. Colonia Psiquiátrica de Oliveros, provincia de Santa Fe.

### María Cecilia Badano

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Claudia Baffo

Doctora en Salud Colectiva. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología, Departamento de Psicología, Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Río Negro, Argentina.

### María Luz Beltrame

Licenciada en Psicología. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Andrea Beltramino

Médica psiquiatra. Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti, Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut.

### Daniela Bonanno

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Oeste, provincia de Buenos Aires.

### Nicolás Walter Bonantini

Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Lucía Bonifacio

Licenciada en Psicología. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Martín Francisco Caillava

Médico psiquiatra. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Aldana Lorena Cantero

Licenciada en Psicología. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Karina Gisselle Canteros

Licenciada en Enfermería. Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz, Belén, provincia de Catamarca.

### Mónica Carranza

Operadora comunitaria. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria. Dirección Provincial de Salud Mental, provincia de Santa Fe.

### Gabriela Casarotto

Licenciada en Psicología. Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti, Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut.

### Melina Cascino

Licenciada en Psicología. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### María Constanza Castrillo

Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Excoordinadora de Niñez y Adolescencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones y expsiquiatra de planta del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana, San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

### María Emilia Cejas Agüero

Licenciada en Trabajo Social. Servicio de Salud Mental, Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada Concepción de María, La Rioja, provincia de La Rioja.

### Romina Cellerino

Licenciada en Psicología. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### Martín René Chasset

Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Gloria María Coceres

Licenciada en Enfermería. Departamento de Enfermería, Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Betiana Córdoba Jacobsen

Psicopedagoga. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Fernando Cortés

Enfermero profesional, especialista en Salud Mental Comunitaria. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### Marlen Inés Cotlier

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Laura Crosa

Psicóloga. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Alejandro Fabián Daniele

Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### María Elena Daratha

Médica psiquiatra. Hospital Padre Ángel Buodo, General Acha, provincia de La Pampa.

### Joaquín de Alba

Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Sala de Internación de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín, La Plata, provincia de Buenos Aires.

### María Soledad del Aguila

Médica psiquiatra. Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén, provincia de Neuquén.

### Federico Delgado

Licenciado en Psicología, profesor universitario, doctorando en Salud Mental Comunitaria. Hospital Dr. Alberto Eurnekian, Ezeiza, provincia de Buenos Aires.

### Natalia Delmonte

Licenciada en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones en Psicología. Red de Investigaciones en Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Sabrina Díaz Coronel

Médica psiquiatra. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### María Belén Díaz Ganin

Psicóloga. Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán.

### Lilia Domínguez

Licenciada en Trabajo Social. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.

### Mirna Clarisa Embon

Psicóloga. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### Marcela España

Médica psiquiatra. Servicio de “Salud Mental”, Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Pablo Alejandro Falero

Médico psiquiatra. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Agustina Fernández

Licenciada en Psicología. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Marina A. Fernández

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones en Psicología. CONICET. Red de Investigaciones en Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Silvia Fernández

Médica especialista en Psiquiatría. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Gabriela Fiel Martínez

Licenciada en Psicología. Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti, Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut.

### Giovana Franzolini

Médica psiquiatra. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### María Emilia Galarraga

Licenciada en Trabajo Social. Jefa del servicio de Salud Mental Dr. Roberto Berkunsky. Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet. Ayacucho, provincia de Buenos Aires.

### Mariana Giménez

Médica psiquiatra. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Miriam Glaz

Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica de Adultos. Sala de Internación de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín, La Plata, provincia de Buenos Aires.

### Mariela González

Licenciada en Trabajo Social. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.

### Mariana Belén Grela

Licenciada en Psicología. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Cecilia F. Guardia

Licenciada en Psicología. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.

### Aníbal Gutiérrez

Licenciado en Psicología. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### Yesica Gutiérrez

Licenciada en Terapia Ocupacional. Servicio de “Salud Mental”, Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Gabriel Hagman

Médico especialista en Psiquiatría. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Rosana Natali Herrera

Licenciada en Psicología. Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz, Belén, provincia de Catamarca.

### Verónica Imhoff

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Fabiana Imola

Coordinadora Taller de Arte. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Mercedes Kopelovich

Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica de Adultos. Jefa de servicio de Salud Mental, Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín, La Plata, provincia de Buenos Aires.

### Carlos López Barraza

Psicólogo. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### María Eugenia López

Psicóloga. Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán.

### Camila Lorenzi

Licenciada en Trabajo Social. Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.

### Emilse Luiz

Licenciada en Psicología. Hospital Área Programa Adolfo Feintuch, Sierra Colorada, provincia de Río Negro.

### Aldana Maiani

Licenciada en Terapia Ocupacional. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### María Laura Malagamba

Licenciada en Psicología. Coordinadora del servicio de Salud Mental (2016-2023), Hospital Municipal Dr. Ignacio Pirovano. General Arenales, provincia de Buenos Aires.

### Mariano Andrés Mañas

Psicólogo. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### María de los Ángeles Marticorena

Licenciada en Psicología. Hospital Padre Ángel Buodo, General Acha, provincia de La Pampa.

### Marcelo Benjamín Martínez

Abogado. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Mónica N. Medina

Licenciada en Psicología. Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

### Ana Moiron

Licenciada en Trabajo Social. Servicio de Trabajo Social, Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Máximo Monzón

Psicólogo. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Lilia Natalia Nahum

Licenciada en Trabajo Social. Hospital Zonal Belén Dr. Segundo Enrique Muñiz, Belén, provincia de Catamarca.

### María Pía Neme Scheij

Psicóloga. Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán.

### Alberto Gustavo Núñez

Licenciado en Trabajo Social. Responsable del servicio de Salud Mental, Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada Concepción de María, La Rioja, provincia de La Rioja.

### José Ignacio Olivieri

Psicólogo. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### Karina Pacheco

Operadora en Salud Mental Comunitaria, acompañante terapéutico. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### Alejandrina Ana Páez

Licenciada en Trabajo Social. Hospital Distrital Dr. Miguel Lombardich, Puerto San Julián, provincia de Santa Cruz.

### Hilen Páez Flores

Licenciada en Psicología. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### Ana Palatnik

Médica psiquiatra. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Mariángeles Parodi

Médica psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, provincia de Santa Fe.

### Nelson Alexis Pavón

Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada Concepción de María, La Rioja, provincia de La Rioja.

### Marcos Pelizzari

Licenciado en Psicología. Departamento de Salud Mental, Complejo Hospitalario René Favaloro – Lucio Molas, Santa Rosa, provincia de La Pampa.

### María Inés Piscicelli

Licenciada en Psicología. Exjefa del servicio de Salud Mental Dr. Roberto Berkunsky, Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet. Ayacucho, provincia de Buenos Aires.

### Mariana Giselle Polesel

Licenciada en Terapia Ocupacional. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Julieta Pujol

Licenciada en Psicología, especialista en Salud Mental. Servicio de Salud Mental, Hospital 4 de Junio – Dr. Ramón Carrillo, Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia del Chaco.

### Ana Victoria Quintero

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### Maira Reiser

Médica psiquiatra. Hospital Dr. Ventura Lloveras, Media Agua, provincia de San Juan.

### Gustavo H. Rodríguez

Médico psiquiatra. Servicio de “Salud Mental”, Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Carla Roggero

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital de Área, El Bolsón, provincia de Río Negro.

### Francisco Romang

Médico psiquiatra. Hospital J. B. Iturraspe Nuevo, Santa Fe, provincia de Santa Fe.

### Melina Rosales

Magíster en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones en

Psicología. CONICET. Red de Investigaciones en Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Patricia Saganías

Médica psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

### María Belén Santi

Licenciada en Psicología. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.

### María Laura Santos Lepera

Psicóloga. Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán.

### María Laura Scévola

Médica especialista en Psiquiatría, doctora en Medicina. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Eva Silva

Licenciada en Psicología. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### María Julia Silva

Licenciada en Terapia Ocupacional. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### Sebastián Soria

Médico psiquiatra. Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén, provincia de Neuquén.

### Florencia Tanzariello

Licenciada en Psicología, especialista en Salud Mental Comunitaria. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### Julieta Testa

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital de Área, El Bolsón, provincia de Río Negro.

### Brenda Vandí

Licenciada en Psicología, especialista en Salud Mental. Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, provincia del Chaco.

### Marcela Varela

Licenciada en Psicología. Unidad de Psicología. Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, provincia de Buenos Aires.

### Sonia Vega

Licenciada en Trabajo Social. Hospital General Santa Rosa, Villaguay, provincia de Entre Ríos.

### Alberto Velzi Díaz

Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, Rosario, provincia de Santa Fe.

### María del Carmen Villalba

Psicopedagoga. Departamento de Salud Mental, Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca.

### José Vidal

Operador en Salud Mental Comunitaria. Hospital Área Programa Dr. Jorge Rebok, Lamarque, provincia de Río Negro.

### Magdalena Wamba

Licenciada en Psicología. Servicio de Salud Mental, Hospital de la Madre y el Niño Inmaculada Concepción de María, La Rioja, provincia de La Rioja.

### Adriana Wunderlich

Licenciada en Psicología. Hospital Padre Ángel Buodo, General Acha, provincia de La Pampa.

### Zoraida Yapur


Licenciada en Psicología. Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta, Chilecito, provincia de La Rioja.

### Cristina Zattara

Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, provincia de Santa Fe.







En las últimas décadas, muchos sistemas de salud han apostado por integrar la atención en salud mental en los hospitales generales para ampliar el acceso y acercar el cuidado a la comunidad. En Argentina y en otros países de América Latina, este cambio forma parte de una transición desde el modelo centrado en hospitales psiquiátricos hacia una red diversa de servicios e instituciones. En ese entramado, los hospitales generales ocupan un lugar clave, ya que se espera que allí se realicen las internaciones por motivos de salud mental.

Sin embargo, aunque las políticas nacionales e internacionales respaldan este enfoque, persisten preguntas sobre sus alcances, sus límites y sus modos de implementación. Con una larga trayectoria en este tipo de internaciones y una gran diversidad de experiencias en todo el país, Argentina ofrece un escenario privilegiado para reflexionar sobre por qué —y cómo— internar en hospitales generales.

Este libro reúne experiencias de equipos de distintos puntos del país y comparte avances, tensiones y desafíos del trabajo cotidiano. A partir de situaciones reales, invita a pensar cuándo y cómo una internación puede ser la respuesta adecuada.

  
**teseo**

