



Entre la Ley Nacional de Salud Mental y la pandemia por COVID-19: problematizando la “refuncionalización” sanitaria a partir de una investigación etnográfica en un hospital infantojuvenil

Between the National Mental Health Law and the COVID-19 pandemic: problematizing the “refunctionalization” of health care based on ethnographic research in a hospital for children and adolescents

Axel Levin*

Palabras clave:

Salud mental infantojuvenil

Políticas estatales

Pandemia de COVID-19

Desmanicomialización del sistema sanitario

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la gestión estatal de problemáticas en salud mental de niñas, niños y adolescentes. Se desarrolló en el hospital público Carolina Tobar García de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el único hospital especializado en este tópico de la Argentina. A nivel metodológico, el estudio que se presenta tomó un carácter etnográfico y se desarrolló durante los primeros dos años de pandemia por COVID-19 (2020-2021). Se basó en la realización de entrevistas en profundidad a profesionales junto a la participación en ateneos clínicos, virtuales y sincrónicos, frente a la imposibilidad de realizar una observación participante presencial. Se analizarán los principales desafíos que tienen los/as profesionales de la institución al ser el único monovalente en salud mental

* Profesor y Licenciado en Ciencias Antropológicas (Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires). Maestreado en Antropología Social y Doctorando en Ciencias Antropológicas (FFyL, UBA). Becario del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Contacto: axellevin4@gmail.com.

infantojuvenil del país. En este sentido, se abordarán algunas de las prácticas, concepciones y estrategias profesionales en vínculo con la actual organización y centralización de los recursos estatales de atención. El contexto excepcional del año 2020 cobrará una importancia nodal en la medida que conjugó el comienzo de la pandemia por COVID-19 con el cumplimiento del plazo que fijaba la Ley Nacional de Salud Mental para “desmanicomializar” el sistema sanitario.

Keywords:

Pediatric mental health
Public policies
COVID-19 pandemic
Reform of the sanitary
mental health system

Abstract

This research aims to analyze the statal management of mental health problems of girls, boys, and teenagers. It took place at the Carolina Tobar García public hospital in the city of Buenos Aires, the only hospital specialized in pediatric mental health in Argentina. Regarding its methodology, the study in this article was based on an ethnographic method and was developed during the first two years of the COVID-19 pandemic (2020-2021). It was based on conducting interviews with professionals along with participation in virtual and synchronic clinical athe-naeums, due to the impossibility of conducting face-to-face participant observation. The main challenges faced by the professionals of the institution will be analyzed, as it is the only specialized mental health hospital for children and teenagers in the country. Some of the practices, conceptions, and professional strategies combined with the current organization and centralization of statal care resources will be addressed. The exceptional context during the year 2020 will be of central importance, because the beginning of the COVID-19 pandemic matched with the deadline established by the National Mental Health Law to reform the specialized mental health institutions in the sanitary system.

Investigar, en pandemia, un hospital monovalente en salud mental

La investigación se desarrolla en el Hospital Carolina Tobar García y se propone analizar la gestión estatal de problemáticas infantojuveniles asociadas a la salud mental. En ella se indagan las estrategias de intervención que llevan actualmente los/las profesionales de la institución y cómo se entrelazan con los cambios recientes en la manera de entender la discapacidad, la salud mental, y el cuidado infantojuvenil.

Dentro del sistema de salud argentino el Hospital Tobar García ocupa un lugar destacado, ya que es la mayor institución estatal especializada en el tratamiento de problemáticas en salud mental infantojuvenil. Es un hospital de tercera complejidad, monovalente en neuropsiquiatría, de referencia para toda la región latinoamericana en este tópico.¹ Se localiza en el barrio de Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al lado del Hospital José Tiburcio Borda.²

Este artículo recoge algunos de los avances reunidos en mi tesis de maestría en Antropología Social realizada en el marco del doctorado en Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires con el apoyo de una beca doctoral del CONICET.³ Específicamente, se desarrollarán y analizarán distintos aspectos de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a partir de las voces, experiencias, prácticas y estrategias de los/las profesionales del hospital. Se tomará como un año bisagra, de particular valor analítico, el año 2020, en el cual confluye el período de diez años fijado por dicha ley para “desmanicomializar” el sistema sanitario con la pandemia por COVID-19.

1 El hospital Carolina Tobar García se inaugura en 1968 y es el primero especializado en psiquiatría infantojuvenil de Latinoamérica. El lema de ser “el único hospital psiquiátrico infantil de Latinoamérica” se convirtió en un mito fundador que muchos profesionales repiten con orgullo hasta en la actualidad.

2 El Hospital Carolina Tobar García se construye al lado del José Tiburcio Borda, con el cual está interconectado internamente. Esta última institución fue la primera especializada en salud mental del país, y hasta en la actualidad es la que más se asocia popularmente con el tratamiento de la locura. La estigmatización con la categoría de “locos”, sobre la población que se atiende en esta zona geográfica, forma parte del *imaginario social* asentado en dicho espacio urbano. Hiernaux, 2007. El Hospital José Tiburcio Borda, el Braulio Aurelio Moyano, y el Torcuato de Alvear, son junto al Carolina Tobar García los cuatro monovalentes en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Carolina Tobar García es el único que atiende, íntegramente, a población infantojuvenil hasta la mayoría de edad fijada a los 18 años.

3 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

Es relevante explicitar que trabajé durante casi un año en el Hospital Tobar García, desde junio del año 2019 hasta abril del año 2020,⁴ y que el trabajo de campo de la investigación lo empecé durante los primeros meses del año 2020, realizando una observación participante en el Servicio Social de la institución. Este precedente laboral es fundamental para entender mi acercamiento al tema y cómo se fue construyendo el proceso de investigación.

En abril del año 2020 la posibilidad de continuar yendo al Servicio Social del hospital a realizar una observación participante, y abrir otras instancias de campo presenciales, se vio totalmente anulada. El hecho de que dejara de ser un trabajador del hospital y me convirtiera íntegramente en un investigador externo⁵ presentaba múltiples desafíos para la continuidad y formalización del trabajo de campo. Pero lo que primó desde ese mes como obstáculo, durante al menos un año y medio de investigación, fue la excepcionalidad de la pandemia por COVID-19.⁶

Al principio, las razones epidemiológicas por las cuales estaba vedada la posibilidad de ir al hospital fueron, a mi juicio, consistentes. En este sentido, acordamos con la jefa de Servicio Social postergar las tratativas con la dirección del hospital o el Departamento de Docencia e Investigación dado que, al estar abocados a la urgencia de los cambios protocolares, modalidades de trabajo, y desafíos que implicaba la pandemia, a todas luces no

4 Trabajé en un equipo nuevo, compuesto por tres técnicos en Tiempo Libre y Recreación (disciplina que cursé en paralelo a la carrera de Antropología), perteneciente al Departamento de Rehabilitación Psicosocial. Las intervenciones las realizábamos en las tres salas de internación del hospital.

5 En el mes de abril del año 2020 tuve que renunciar a mi cargo en la planta permanente del hospital para poder adjudicar a la beca doctoral del CONICET.

6 A raíz de la situación epidemiológica, el Gobierno Nacional de la Argentina declara el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), el día 20 de marzo del año 2020, a través del decreto 297/2020. Fue la instancia con mayores restricciones, incluyendo la prohibición de la movilidad de la ciudadanía por fuera de sus domicilios (con algunas excepciones). Originalmente el decreto tenía vigencia hasta el día 31 de marzo del año 2020, pero se fue prorrogado en distintas oportunidades dependiendo el distrito. En el caso del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que comprende a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a los 40 municipios de la provincia de Buenos Aires que la rodean. El ASPO se mantuvo vigente hasta el día 9 de noviembre del año 2020. Desde esa fecha, a través del decreto 875/2020 del Gobierno Nacional, comienza a regir el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), el cual tenía vigencia hasta el día 29 de noviembre del año 2020 pero fue prorrogado hasta el día 28 de febrero del año 2021. Con el DISPO comienza un proceso de flexibilización de las restricciones ciudadanas, incluyendo la habilitación de la movilidad de la ciudadanía por fuera de sus domicilios, la realización de ciertas actividades sociales, y la reapertura de ciertas instituciones.

era un buen momento para que pudieran hacer lugar al pedido de concurrir, de manera presencial, a investigar.

Sin embargo, con el tiempo, las razones epidemiológicas para postergar una observación participante presencial se mantuvieron en el plano discursivo cada vez con menor consistencia. Entendí que, más allá de los obstáculos propios de la pandemia, operaba una resistencia que tenía mucha más fuerza que las razones epidemiológicas o la urgencia que implicaba adecuar las modalidades de tratamiento a los protocolos y la virtualidad: la resistencia, de un hospital monovalente en salud mental, a que existiera un investigador externo.⁷ Más aún en un período de excepcionalidad, no solo dado por la pandemia de COVID-19 y las adecuaciones en las modalidades de trabajo, sino por la “refuncionalización” planteada desde el año 2020 a raíz del vencimiento del plazo que la Ley Nacional de Salud Mental fijaba para “desmanicomializar” el sistema de salud.

A medida que la situación epidemiológica fue mejorando, quedaron en evidencia los reparos que tenía el hospital a una observación externa.

El peso histórico de ciertos estigmas sobre los monovalentes en salud mental, o “manicomios”, como instituciones donde ocurren prácticas de vulneración de derechos humanos es un factor fundamental para entender esta resistencia. Los organismos creados por la Ley Nacional de Salud Mental tomaron, durante la década en la que inicia la implementación de la ley, un rol de veedores de las prácticas profesionales de los monovalentes acentuando dicha estigmatización. También, la resistencia del hospital se exacerbaba por la presencia de observadores externos que pueden juzgar posibles prácticas de vulneración de derechos hacia las infancias y adolescencias.⁸

7 Cuando entré en un contacto formal con el Departamento de Docencia e Investigación y con la dirección del hospital esta situación quedó fuertemente en evidencia durante las tratativas: me explicitaron que la formalización de mi investigación era una situación excepcional que habilitaban solamente porque yo había pertenecido al hospital como trabajador. La directora se acordaba de mí, y si no hubiese sido por este hecho, tal como me explicitaron, no hubiese terminado en un aval positivo dado que “no se suele aceptar investigadores externos”.

8 Una gran parte de los/las niños, niñas, y adolescentes que se tratan en la institución, incluso los que lo hacen por fuera de los Servicios de Internación, se encuentran con intervención de Defensorías o Servicios Locales de protección de derechos infantojuveniles. Estos organismos del área administrativa fueron creados amparándose en la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* aprobada por la Organización de Naciones Unidas en el año 1989, a la cual la Argentina adhiere en el año 1990 a través de la Ley N° 23 849. Las Defensorías de la Niñez, pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron creadas en el año 1998 a través de la Ley N° 114 (de carácter distrital). Los Servicios Locales, pertenecientes a la provincia de Buenos Aires, fueron creados en el año 2004 a través de la Ley N° 13 296 (de carácter distrital). En el año 2005, a través de la Ley N° 26 061, se aprueba la Ley Nacional denominada *De Protección Inte-*

Partiendo de que se pueden analizar los criterios y normas que un determinado grupo social establece para indicar la afiliación o exclusión de sus miembros, *el límite*⁹ que marca la pertenencia al Hospital Tobar García está dado por tener, o no, un cargo laboral en la planta permanente de la institución.¹⁰ Más que trabajar en el hospital, algo que puede suceder en diversas modalidades temporales como lo son los regímenes de Residencias y Concurrencias, o como una pasantía de acompañamiento terapéutico, el diacrítico que identifica la pertenencia al grupo institucional¹¹ es poseer un cargo en la planta permanente. En efecto, presentarse a concurso y ganar un cargo en la planta del hospital se conforma como un *rito de pasaje*¹² que dictamina pertenencia. Quién es *de adentro* y quién es *de afuera* es una delimitación que tiene una particular presencia, y significado, en el hospital. Las personas foráneas muchas veces son significadas/os por los/las profesionales como potencialmente peligrosos/as, en el sentido de que pueden llevar adelante prácticas que de alguna forma desprestigien o atenten contra la institución y sus miembros.

De alguna manera, que haya podido avanzar progresivamente en la serie de avales para formalizar la investigación está estrechamente vinculado a cierta condición híbrida que poseo en relación a la pertenencia institucional: soy de afuera, y eso quedó claro desde el día siguiente a la renuncia del cargo laboral, pero tengo, fresca, la experiencia de ser de adentro.

Más allá de estas particularidades, las dificultades que se plantean al momento de buscar ingresar a un hospital para realizar una investigación etnográfica son generalizadas y suelen estar atravesadas por complejos procesos de autorización. En dichos procesos suelen intervenir diversas instancias institucionales, normativas, solicitudes de informes y permisos escritos que conforman, en su conjunto, una tortuosa burocracia contractual que pretende asegurar una ética científicista (objetiva, moralmente correcta y confidencial) largamente estudiada.¹³

En este contexto de hermetismo en el acceso al campo de los primeros meses de pandemia, con el aval de la jefa del Departamento de Servicio Social y el consentimiento personal de cada trabajador/a, se fueron realizando entrevistas por videollamada a diversos/as profesionales de la institución. Se comenzó con profesionales del Departamento de Re-

gral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, estableciendo los lineamientos generales según los cuales las Defensorías y Servicios Locales deben regirse.

9 Barth, 1976.

10 Esta afirmación se desprende de analizar mi experiencia laboral como parte de la institución y de la investigación etnográfica realizada.

11 *Ídem*.

12 Turner, 1980.

13 Barber, 2015, pp. 11-24.

habilitación Psicosocial,¹⁴ cuyos contactos se tenían por haber compartido experiencias laborales, y trabajadoras sociales del Servicio Social (tanto con las que ya estaba vinculado previo a la pandemia, como con otras que me pasaron el contacto).¹⁵ También se entrevistaron a residentes de psicología y psiquiatría,¹⁶ con quienes se habían compartido instancias laborales.

Luego se extendió a otros servicios. El contacto fue a través de los/las profesionales conocidos y a cada nuevo entrevistado/a se le pedía si se podía poner a disposición otro vínculo. De esta forma se accedió a conocer y entrevistar a profesionales del Departamento de Internación,¹⁷ del Departamento de Consultorios Externos¹⁸ y del Departamento de Hospital de Día.¹⁹ Estos dos últimos departamentos me eran comple-

14 Del Departamento de Rehabilitación Psicosocial se entrevistó a nueve trabajadore/as de los principales servicios que lo conforman: a tres profesionales de Terapia Ocupacional, una de Terapia Ocupacional Laboral, una de Musicoterapia, dos de Educación Física (incluyendo la jefa del Servicio), y dos de Prevención y Acción Social.

15 Respecto al Servicio Social, se entrevistó a seis trabajadoras sociales distintas (incluyendo a la jefa del Servicio y a la jefa de Sección). Cada una de ellas tenía asignada la intervención en equipos distintos: dentro del Departamento de Internación, de Hospital de día, y de Rehabilitación Psicosocial. Algunas, también, desarrollaban tareas esporádicas en el Departamento de Consultorios Externos. Con tres de ellas, incluyendo a la jefa, mantuve más de una entrevista, incluso conversaciones cotidianas que desbordaron ampliamente los marcos de una entrevista (conversaciones por videollamadas, por vía telefónica, por textos y audios de *WhatsApp*). Es decir, se mantuvo un vínculo a través del tiempo durante la investigación.

16 Se entrevistó a cuatro residentes: dos psicólogos y dos psiquiatras, incluyendo a los jefes de la Residencia de Psicología y Psiquiatría de ese entonces.

17 Se entrevistó a tres profesionales quienes se encontraban trabajando, en ese entonces, en Internación: una psicóloga, una psiquiatra, y una trabajadora social, de las salas de Adolescentes Varones y Adolescentes Mujeres. Sin embargo, al menos cinco profesionales pertenecían a otros Departamentos y habían trabajado durante un tiempo en la planta de Internación (sin contar a los del Departamento de Rehabilitación Psicosocial, o los residentes, quienes también intervienen laboralmente en Internación).

18 Se entrevistaron a cinco profesionales distintos de este Departamento, de los principales servicios que lo componen: a una psicóloga de Terapia Familiar, una psicóloga de Admisión, una psiquiatra de Psicofarmacología, una psicóloga de Terapia Individual, y un psicólogo de Terapia Grupal. Con tres de ellos/ellas se mantuvieron entrevistas recurrentes a través del tiempo.

19 Se entrevistaron a diez profesionales distintos, representantes de la mayoría de los equipos que conforman este Departamento. Del turno tarde se entrevistó a dos psicólogas de equipos distintos. Del turno mañana se entrevistó: a la trabajadora social de uno de los equipos de niño/as; a la trabajadora social y a una de las psicólogas del equipo de púberes; a la trabajadora social, la psiquiatra, y los/las tres psicólogo/as (incluyendo al coordinador) del equipo de adolescentes. Con cinco de ellos/ellas se mantuvieron entrevistas recurrentes a lo largo de la investigación.

tamente desconocidos, por lo que despertaron mi interés. En ambos se mantuvo, más allá de entrevistas de primera vez con profesionales de diversos servicios del departamento, entrevistas recurrentes con algunos/as profesionales específicos con los/las que se logró armar un vínculo, convirtiéndose en informantes claves. También se entrevistaron a profesionales de los Servicios Complementarios.²⁰ A su vez, se pudo acceder a algunas instancias institucionales de particular valor analítico, como al Ciclo de Ateneos Clínicos del hospital, realizado de manera virtual y sincrónica, donde cada servicio expuso diversos ejes problemáticos de la labor en pandemia.

Las entrevistas tuvieron una modalidad abierta con la intención de generar un espacio dialógico donde el acercamiento a lo que sucede en “el campo” vaya más allá de la presencia física de quien investiga en dicho “territorio”.²¹ Fueron realizadas a través de la plataforma Zoom, con el consentimiento de su grabación sonora y la explicitación de los intereses de la investigación.²² Lejos de pretender reemplazar una metodología de observación participante, limitada por los motivos expuestos, manteniendo encuentros recurrentes con ciertos “informantes claves” se intentó indagar sobre lo que los sujetos “dicen que hacen”, más allá de lo que efectivamente hagan. Teniendo presente esta diferencia conceptual,²³ los discursos sobre la labor cotidiana de los/las profesionales tienen el valor de condensar un conjunto de prácticas y sentidos naturalizados que son puestos en tensión, por ellos/ellas mismos/as, al tener que explicarlos a un investigador que no puede acceder al campo de manera directa. De esta forma, conservo la perspectiva teórico-metodológica de la etnografía, al desnaturalizar las prácticas y sentidos que orientan su actividad cotidiana, analizándolos como parte de procesos complejos y contradictorios que desbordan al ámbito local.²⁴

La Ley Nacional de Salud Mental en el monovalente infantojuvenil hasta el año 2020

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se aprueba en el año 2010 en el Congreso de la Nación de la Argentina y se reglamenta, para su implementación, en el

20 Solamente se pudo entrevistar a una profesional del Servicio de Psicopedagogía. Otros servicios que conforman este sector son: Fonoaudiología, Pediatría, Odontología y Neurología.

21 Batallán, 2020.

22 Se toma a lo largo del artículo los recaudos de confidencialidad acordados, evitando poner los nombres de los/las entrevistados/as, así como su pertenencia en el organigrama institucional que podrían permitir identificarlos/las (servicio, turno, nominación del equipo de trabajo). Solamente se hará referencia a su profesión disciplinar y al Departamento general en donde se desempeñan.

23 Lahire, 2006.

24 Rockwell, 2009.

año 2013 a través del Decreto N° 603. En esta legislación se cristalizan múltiples discusiones sobre la manera de entender y tratar a las problemáticas de salud mental de la población.²⁵ Se postula un paradigma de salud mental sociocomunitaria, interdisciplinaria, y descentralizada, que pone un horizonte legal a la existencia de los monovalentes,²⁶ a la par que pretende terminar con “prácticas manicomiales” iatrogénicas y hasta de vulneración de derechos humanos, por lo general asociados a la internación psiquiátrica.²⁷ Esta ley promueve un entendimiento de las problemáticas de salud mental desde una casuística multifactorial del padecimiento (que incluye el entorno familiar, ambiental, y sociocultural); en contraste con un entendimiento individualizante y biologicista de las problemáticas entendidas como trastornos mentales.²⁸

Como ya adelanté, el trabajo de campo realizado hasta el momento, y los análisis correspondientes, se enmarcan en un proceso de fuertes discusiones y posibles transformaciones del hospital a diez años de la aprobación de esta ley. Ya que para el año 2020, según su reglamentación, los hospitales monovalentes debían ser reemplazados por la creación de una red de dispositivos intermedios de carácter sociocomunitario, como Centros de Día, Hospitales de Día, Casas de Medio Camino y programas interministeriales.

En los diez años de vigencia de la ley no se realizaron, a nivel gubernamental, las inversiones necesarias para crear dichos dispositivos y reformular la red de instituciones especializadas en salud mental bajo esta orientación.²⁹ En este marco, durante el año 2020 los distintos gobiernos distritales prorrogaron el plazo, en una discusión abierta con los sindicatos de trabajadores de la salud y direcciones hospitalarias, para “refuncionalizar” los monovalentes en salud mental.

Resulta fundamental caracterizar que este cambio legislativo en la manera de entender a la salud mental, junto a su implementación, está atravesado por profundas

25 Un precedente legislativo importante es la *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*, Ley N°448 aprobada en el año 2000 por la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual ya planteaba un modelo de atención en salud mental socio-comunitario y de derechos humanos.

26 Según el artículo 27 del decreto reglamentario de la ley, los monovalentes en salud mental: “(...) deberán desarrollar (...) proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020 (...)”. Decreto 603/2013.

27 Barcala, 2015.

28 Cáceres *et al.*, 2017.

29 Esta afirmación se desprende de las múltiples entrevistas realizadas a los/las profesionales, los/las cuales coincidieron en su totalidad sobre este punto.

tensiones y discusiones.³⁰ En efecto, desplaza el entendimiento de las enfermedades mentales en tanto entidades orgánicas que un individuo puede contraer, universales en su descripción nosográfica, para centrarse en el padecimiento singular de la experiencia de cada persona, recordando la diferencia entre *disease* e *illness*.³¹ A su vez, se resalta fuertemente que las problemáticas de las personas con *padecimiento psíquico*, para usar la terminología de la ley, tienen un fuerte componente social; dado que muchos de estos padecimientos se entrelazan con diversas situaciones de vulneración de derechos vinculadas a problemáticas socioeconómicas. De esta forma, se toma una perspectiva que incluye y politiza el componente social de la enfermedad,³² instituyendo otras formas de pensar los procesos de salud, enfermedad, y atención³³ en el sistema de salud.

La politización de la salud mental, en este sentido, se da no solo resaltando el carácter socioeconómico y singular del padecimiento psíquico, sino, también, abriendo una discusión sobre la organización espacial de los recursos del sistema de salud y los derechos de sus usuarios/as. Dicha politización se puede entender como un proceso de sanitización de diversas problemáticas sociales desde una perspectiva crítica.³⁴ En efecto, la lógica de esta política va a contramano de la que por lo general prima; tendiente a borrar las causas socioeconómicas de los problemas de salud, haciendo de las categorías nosográficas individuales un simple reflejo de la naturaleza de las cosas.³⁵

Distintos estudios plantean que el principal obstáculo que enfrenta la Ley Nacional de Salud Mental para lograr su plena implementación, desde los comienzos de dicho proceso en el año 2013, consiste (más allá de las diferencias entre las jurisdicciones, de los distintos gobiernos del período, de los avances y los retrocesos) en la ausencia de una decisión política gubernamental de invertir en los cambios de infraestructura y provisión de recursos necesarios.³⁶ Este obstáculo es el primero en aparecer en las opiniones de los/las profesionales de la salud mental al momento de ser entrevistados/as.³⁷ Pero distintos actores sociales con visibilidad pública (como ciertos medios de comunicación o representantes políticos), plantean de manera descontextualiza-

30 Faraone & Barcala, 2020; Poblet Machado *et al.*, 2021; Zaldúa *et al.*, 2016.

31 Hellman, 1981.

32 Singer, 2004.

33 Menéndez, 1994.

34 Fassin, 2005.

35 *Ídem*.

36 Faraone & Barcala, 2020; Zaldúa *et al.*, 2016.

37 Zaldúa *et al.*, 2016.

da las problemáticas en materia de salud mental vigentes, contribuyendo a formar diversos mitos sobre el “fracaso” de la ley (en una asociación, falaz, entre su contenido o propuesta, y los obstáculos que existen para implementarla).³⁸ Considero, en este sentido, que el enfoque etnográfico es particularmente valioso para analizar el período excepcional que abre el año 2020, marcado por la “refuncionalización” sanitaria pendiente y la pandemia por COVID-19. Se vuelve preciso realizar una descripción analítica lo más densa posible,³⁹ en el sentido de pretender abarcar la mayor cantidad de elementos y matices posibles en este contexto de cambio.

Durante las entrevistas muchos/as profesionales citaron la Ley Nacional de Salud Mental para explicar distintas problemáticas cotidianas, justificar iniciativas, posiciones ideológicas y abordajes sobre su práctica profesional. Los/las que no hablaron de esta ley, al preguntarles, rápidamente tuvieron algo para decir y lo referenciaron como un tópico importante a opinar. Se trata de un tema particularmente sensible para la mayoría de los/las trabajadores/as de la institución, ya que condensa, como se adelantó, múltiples discusiones. Centralmente, si es viable, o incluso preferible, pretender llevar adelante una transformación del sistema de salud mental sin las inversiones económicas necesarias para una ampliación de la red institucional.

En lo concreto, hasta el nuevo proceso de refuncionalización hospitalaria planteada durante el 2020,⁴⁰ según el relato de diversos/as profesionales, los principales cambios que generó en una década la implementación de esta ley en el Tobar García estuvieron centrados en el Departamento de Internación. A saber, la incorporación de un cuerpo de abogados en el trabajo con los/las internos/as,⁴¹ las visitas periódicas del Órgano de Revisión⁴² que crea la ley para velar por los derechos de los/las usuarios/as, el aumento de la rigurosidad en los informes a juzgados y un mayor seguimiento de

38 Poblet Machado *et al.*, 2021.

39 Geertz, 1992.

40 Este punto será abordado en profundidad en la próxima sección.

41 La Ley Nacional de Salud Mental estipula la asignación de un Cuerpo de Abogados que trabaje representando los derechos de los/las pacientes que cursen una internación involuntaria. Dado que las internaciones psiquiátricas de personas menores de edad, es decir, menores de 18 años, se considera legamente una internación de carácter involuntaria, todos/as los/las niños, niñas y adolescentes internados/as en el Tobar García cuentan con un abogado/a asignado/a.

42 Se trata de un organismo que crea la Ley Nacional de Salud Mental para controlar que los derechos de los pacientes se cumplan. El Órgano de Revisión está formado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y del Ministerio Público de la Defensa. También forman parte asociaciones de familiares de usuarios del sistema de salud, profesionales y trabajadores de la salud, y organizaciones no gubernamentales dedicadas a la defensa de los Derechos Humanos.

los organismos de protección de derechos infantojuveniles intervinientes (Defensorías y Servicios Locales).⁴³ También la posibilidad de que las familias de los/las niños, niñas y adolescentes permanezcan día y noche con ellos/ellas, si lo desean, durante su internación.

Es importante destacar que uno de los mayores desafíos que enfrentan los/las profesionales del Tobar García en su labor cotidiana es la derivación de sus pacientes por fuera de la institución, en sintonía con la descentralización territorial que plantea *la nueva ley*⁴⁴ y las presiones de los organismos que esta crea. Dado que la dificultad para derivar pacientes se vuelve particularmente polémica, en términos de vulneración de derechos para los/las niños, niñas, y adolescentes internados/as, la voz de los/las profesionales que forman parte de los equipos tratantes de Internación cobra una particular relevancia:

“Yo te puedo decir que en mi práctica cotidiana intercambio con los abogados, pienso muchas veces y los hago parte de la estrategia porque son los que pueden ayudar a conseguir cosas por fuera. Pero, también hay otras cosas, que tienen que ver con las contras que se generó con esto. Con la intervención o la participación de esos organismos dentro del laburo cotidiano. Porque muchas veces vienen y cuestionan una internación prolongada, y la realidad es que esa internación se prolonga no porque uno quiera tener a ese paciente en la sala, sino porque no hay manera de externarlo. (...) Los abogados y el órgano de revisión lo que hacen es intimar, por decirlo de alguna manera, al juzgado que interviene, o a la región que tenga que decidir la derivación del paciente. El tema es que si no hay recursos empiezan con un peloteo de que no me correspon-

43 Una gran parte de los/las niños, niñas, y adolescentes que se tratan en la institución, incluso los que lo hacen por fuera de los Servicios de Internación, se encuentran con intervención de Defensorías o Servicios Locales de protección de derechos infantojuveniles. Estos organismos del área administrativa fueron creados amparándose en la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* aprobada por la Organización de Naciones Unidas en el año 1989, a la cual la Argentina adhiere en el año 1990 a través de la Ley N° 23 849. Las Defensorías de la Niñez, pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron creadas en el año 1998 a través de la Ley N° 114 (de carácter distrital). Los Servicios Locales, pertenecientes a la provincia de Buenos Aires, fueron creados en el año 2004 a través de la Ley N° 13 296 (de carácter distrital). En el año 2005, a través de la Ley N° 26 061, se aprueba la ley nacional denominada *De Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, estableciendo los lineamientos generales según los cuales las Defensorías y Servicios Locales deben regirse.

44 Pongo en itálica este término para referir que es como se denomina nativamente a la Ley Nacional de Salud Mental.

de a mí, a mí tampoco, mientras sigue en el Tobar el pibe. Entonces, de golpe estamos todos pidiendo lo mismo y nadie que responda”.⁴⁵

Tal como se plantea en la cita, los/las profesionales se encuentran en una situación compleja, con pocos recursos estatales para implementar las modalidades de atención sociocomunitaria que la nueva legislación prescribe. En un período de creciente relevancia de la protección estatal de las infancias en los discursos públicos que, sin embargo, no se traducen en una correspondiente adecuación institucional para el cumplimiento de derechos,⁴⁶ esta situación compleja se traduce en una fuerte presión de distintos organismos para que los/las profesionales logren efectivizar las derivaciones. En efecto, los/las profesionales del Tobar García, más allá de la orientación de sus prácticas individuales o la del equipo de trabajo del que forman parte, deben lidiar con las falencias estructurales que la implementación de la nueva ley dejó intactas en el sistema de salud.

En este sentido, tal como se ve en el fragmento de entrevista anterior, las presiones de los organismos de protección de derechos, tanto hacia las infancias como a usuarios/as del sistema de salud mental, conjugan un aspecto contradictorio. Cuando se logra “un trabajo en equipo”, desde la asunción de que existe un “interés de cuidado común”, muchas veces estos organismos “resultan de ayuda” para las estrategias de los/las profesionales en pos de la externación de los/las niños, niñas, y adolescentes. Pero, en muchas ocasiones, los/las trabajadores/as, en particular los/las que pertenecen o intervienen en el Departamento de Internación, refieren que dichos organismos los/las responsabilizan por “situaciones de vulneración de derechos”, juzgando que reproducen una “perspectiva manicomial” por “trabajar en un manicomio”.⁴⁷

La idea de *corresponsabilidad*, que se fomenta en distintas leyes que responden a la adhesión de la Convención Internacional de los Derechos del Niño,⁴⁸ plantea la responsabilidad compartida entre diversos actores sociales (instituciones gubernamentales disímiles, organizaciones de la sociedad civil, y familias) para el cuidado integral de los/las niños, niñas y adolescentes en pos de la “restitución de derechos”. En la práctica, sin embargo, suelen generarse disputas interinstitucionales en torno a

45 Entrevista realizada a una psicóloga del Departamento de Internación del Hospital Carolina Tobar García, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 27/07/2020.

46 Conde, 2015.

47 Con el entrecomillado de este párrafo utilizo distintas expresiones, textuales, de profesionales entrevistados que trabajan en el Departamento de Internación.

48 Por ejemplo, la Ley Nacional N° 26 068 en su artículo N° 4. O la Ley de la provincia de Buenos Aires N° 13 298, en la reglamentación del artículo N° 21.

las incumbencias de la responsabilidad del cuidado.⁴⁹ La *corresponsabilidad*, de esta forma, se constituye como una noción que orienta a quienes están encargados/as de “intervenir” en la “restitución de derechos vulnerados”, y con frecuencia implica negociaciones, consensos, persuasiones, consejos, mecanismos de vigilancia y hasta sanciones entre distintos actores sociales.⁵⁰

En esta línea, ya sea entre profesionales del propio Tobar García, entre ellos/ellas con los miembros de los organismos que crea la Ley Nacional de Salud Mental, o con profesionales de distintas instituciones externas, cuando no se logra un “trabajo en equipo” termina primando la individualización de responsabilidades por las problemáticas irresueltas de los/las niños, niñas, y adolescentes.

La implementación parcial de la Ley Nacional de Salud Mental genera, así, múltiples tensiones en torno a las incumbencias y las responsabilidades de los/las profesionales en el cuidado infantojuvenil. Estas tensiones están íntimamente relacionadas a que, a nivel estatal, se creen organismos de protección de derechos sin invertir en la creación de los recursos materiales, institucionales, y humanos que el sistema de salud requiere para que la reglamentación de *la nueva ley* se cumpla.

De esta forma, una problemática social compleja queda reducida a un “peloteo” de responsabilidades, como planteó la psicóloga de Internación citada, simplificando una problemática estructural, referida a la escasez de recursos de atención, en la ponderación de las prácticas individuales.

“¿Qué proyecto de hospital queremos?”: la “refuncionalización” en curso

Tal como introduje en las secciones anteriores, el vencimiento del plazo que daba la Ley Nacional de Salud Mental para reemplazar los monovalentes por una red de dispositivos de otro carácter confluyó en el año 2020 con la pandemia de COVID-19. Junto a la prórroga formal de dicho plazo, la Dirección General de Salud Mental del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DGSM) llevó una propuesta de refuncionalización del hospital.

En ese entonces, a principios del año 2020, todavía trabajaba en el Tobar García. Recuerdo cómo, en un clima de expectativa, rumores y miedo por la pérdida de puestos

49 Barna, 2015.

50 *Ídem*: 24.

de trabajo o el traslado de profesionales a otras instituciones, incluso paros sindicales y movilizaciones para alertar que no se aceptaría “un ajuste” en el hospital,⁵¹ circuló por el Departamento de Rehabilitación la noticia de que la directora se juntaría con los distintos jefes del organigrama, y delegados sindicales, para informar lo que había conversado con el director de la DGSM. Luego la información la compartieron condensada, rápidamente, en un *WhatsApp* en el grupo del sindicato.⁵² Tuvimos reuniones con el delegado sindical, con nuestro jefe de Servicio, y entre compañeros/as para informarnos y reflexionar sobre la propuesta. Si bien generó un clima de tranquilidad entre los/las profesionales, dado que no expresaba un cierre abrupto del hospital, muchos interrogantes quedaron abiertos y se mantuvo el miedo de que no sea “una pantalla” para llevar adelante “un recorte”.

Dicha propuesta estaba dividida en etapas y avanzaba de manera progresiva para alcanzar un escenario, en el año 2025, donde el Tobar García cerrase los Servicios de Internación en pos de alojar especialidades clínicas propias de un hospital general. Es decir, sostener la especificidad de ser un hospital infantojuvenil, con una mayor especialización en salud mental, pero incorporando tratamientos para otras problemáticas clínicas que no sean exclusivamente del rubro de la salud mental. Este proceso se complementaría con la apertura de la internación infantojuvenil por salud mental en hospitales generales que, hasta el momento, recurren al Tobar García para dicha instancia.⁵³

A su vez, esta refuncionalización implicaría una transformación física del espacio del hospital, dado que el cierre de los Servicios de Internación incluiría tanto la adecuación de los espacios físicos donde se desarrolla la internación, como la de otros espacios dedicados en gran parte a sostenerla, como los son donde funciona la cocina y la lavandería. De hecho, dado que se presentaron proyectos similares en todos los

51 El temor a que con el inicio del año 2020 “se cerraran” o “unificaran” los monovalentes de salud generó un clima de “alerta y movilización” entre los/las trabajadores de la salud del área. Se realizaron asambleas en cada institución, cortes de calle en las puertas de los hospitales, movilizaciones callejeras, y hasta una asamblea interhospitalaria en el Hospital Moyano. Este “plan de lucha” de los/las trabajadores/as de la salud mental fue levantado por algunos medios de comunicación: <https://diarioz.com.ar/2020/01/17/vuelve-el-debate-sobre-refuncionalizar-los-psiquiatricos-y-los-trabajadores-advierten-sobre-los-riesgos/>

52 Me refiero al sindicato al que estaba afiliado en ese entonces, la Asociaciones de Trabajadores del Estado (ATE).

53 Si bien existen algunos otros hospitales públicos que cuentan con esta internación clínica, como el Hospital Elizalde y el Hospital Gutiérrez para el caso de niños/as, o el Hospital Alvear para el caso de adolescentes, el Hospital Tobar García se constituye como la principal institución de internación por motivos de salud mental infantojuvenil del país a razón de su especialización en la temática y la cantidad de camas con las que cuenta.

monovalentes en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,⁵⁴ una alternativa era unificar la cocina y lavandería del Hospital Tobar García, el Hospital Borda, y el Hospital Moyano, dada su cercanía geográfica.

La refuncionalización implicaría una modificación en el organigrama institucional que incluye la redistribución de los espacios físicos donde se desarrolla cada servicio junto a la redistribución del personal, las tareas y modalidades de trabajo. Por ejemplo, implicaría reasignar a los/las profesionales antes dedicados a Internación a otros servicios. También, redistribuir las tareas de otros profesionales que intervienen fuertemente en Internación, como los del Departamento de Rehabilitación. En esta lógica, los Departamentos de Hospital de Día y Consultorios Externos ganarían preponderancia.

El eje de discusión, de esta forma, se desplazó de la inversión necesaria para crear los dispositivos de atención en salud mental que no se crearon durante los diez años de vigencia de *la nueva ley*, a de qué manera adecuar lo mejor posible los monovalentes a la reglamentación para que se “refuncionalicen” sin perjudicar la calidad de atención y los puestos de trabajo.

En ese momento se aclaró que era una propuesta del gobierno,⁵⁵ todavía a discutir con las direcciones de los hospitales y sindicatos. Sin embargo, con el avance de los meses, ya durante mi trabajo de campo, los/las profesionales me confirmaron que se pretendía llevar adelante dicha propuesta original y que había nuevos rumores sobre distintos aspectos que no estaban claros o eran particularmente polémicos.⁵⁶

En efecto, entre los/las profesionales se abrieron múltiples interrogantes sobre el devenir de este proceso, que incluyen temores a una reasignación no deseada hacia otros efectores del sistema de salud. O la posibilidad de que la “refuncionalización” enmascare un achicamiento del espacio físico, de la labor profesional, y de los recursos que actualmente se tienen. Es decir, que se utilice el carácter “progresista” de la nueva ley de salud mental, tal como me planteó una trabajadora social con la que

54 Estos proyectos circularon de manera interna por los hospitales, nunca fueron formalizados públicamente por el Gobierno de CABA. En paralelo, al contrario, el Gobierno de la provincia de Buenos Aires anunció por todos los canales institucionales que pondría “fin a los manicomios”: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_anunci%C3%B3_el_fin_de_los_manicomios

55 De la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, responsable institucional de este tópico en el Distrito.

56 Me refiero al cierre inminente de la sala de Internación de Niños, y al planteo de atender únicamente a pacientes con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto será retomado más adelante.

mantuve encuentros recurrentes en una entrevista realizada en el mes de junio del año 2020, para llevar adelante, contradictoriamente, “un ajuste”.

El proceso de refuncionalización implica repensar el *perfil*⁵⁷ del hospital y sus servicios. Tanto desde el punto de vista del organigrama institucional como del de su inserción en el sistema de salud. Es decir, redefinir qué problemáticas atendería cada uno, con qué objetivos, y bajo qué modalidad de trabajo, entendiendo que el hospital pasaría a ocupar una función distinta a la actual.

Tal como se planteó con anterioridad, el cumplimiento del plazo de diez años de la aprobación de la ley actualiza el debate sobre qué modelo de salud mental se quiere llevar adelante y si dicho modelo va a ser acompañado por una ampliación efectiva de recursos. De manera sorpresiva, a los pocos meses de empezar con estas discusiones, en el mes de marzo del año 2020 se desencadenó la pandemia de COVID-19. Esta coyuntura obligó a los hospitales a “refuncionalizarse”, no para responder a la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, sino para adecuarse a las necesidades y problemáticas de la pandemia.

Al respecto, una psiquiatra de Hospital de Día, en pleno auge de la pandemia, durante la primera entrevista que tuve con una profesional de dicho sector, me planteó:

“Yo creo que se habla mucho sobre la nueva ley, pero no ha habido cambios sustanciales. Se hablaba del cierre definitivo de los monovalentes para el 2020, pero en realidad no se ha hecho nada en relación a los efectores. Nuestra gran dificultad es poder derivar pacientes afuera. O sea, no se han abierto Casas de Medio Camino, u otros Hospitales de Día, que sería algo súper necesario y fundamental para poder pensar en los cierres de los monovalentes. Pero de eso no se ha hecho nada. Y adentro del hospital es algo que quizá se escucha mucho, mucho “rum rum”, pero en la práctica no ha pasado nada. Se está hablando ahora de la refuncionalización, pero tampoco se avanzó. Hay una cuestión, pero esto es algo muy nuevo, no sé sabe qué va a pasar, que es esta situación de la pandemia. La pandemia como que obligó a refuncionalizar, entre comillas, algunas cuestiones. Entonces en estos días se cerró la mitad de Hospital de Día para hacer una especie de sala de aislamiento COVID para

57 Este es un término nativo que se repitió en múltiples entrevistas realizadas a profesionales. Condensa diversas concepciones respecto a qué problemáticas le corresponde atender a cada profesional, a cada servicio y a cada institución; y con qué modalidad de trabajo.

Internación. Se está rumoreando que hay una intención, después, de darle otro destino a esa parte. Que implicaría un achicamiento de Hospital de Día, que es lo contrario a lo que habría que hacer en términos de la ley, que es ampliar todo lo que es el sector de Hospital de Día porque justamente es un dispositivo intermedio que permite acortar o minimizar las internaciones”.⁵⁸

Esta “refuncionalización” del hospital por la pandemia es puesta entre comillas por la profesional citada a través de un tono irónico y una gestualidad con los dedos que acompañó dichas palabras. Se trata de una forma de aludir a que, si bien no es la refuncionalización que se quiere llevar adelante por el vencimiento del plazo de la Ley de Salud Mental, sino que ocurre por la pandemia, necesariamente dialoga y se entrelaza con ese proceso. En este sentido, los interrogantes sobre el curso y objetivos de la refuncionalización se pueden observar en esta entrevista cuando la psiquiatra se pregunta por el destino del espacio de Hospital de Día utilizado para crear una Sala de Internación COVID-19.

La “refuncionalización” de los espacios, las tareas y modalidades de trabajo que la pandemia obligó a llevar rápidamente adelante, entonces, lleva a los/las profesionales a repensar sus prácticas laborales en un debate que, como expuse, se entrelaza al del proceso de refuncionalización por la Ley de Salud Mental. Y, en términos más amplios, a cuestionar la organización estatal de recursos de atención para redefinir el lugar que tiene el Hospital Tobar García.

En esta línea, quisiera avanzar con el análisis a partir del siguiente fragmento del ateneo realizado por la guardia del hospital, titulado “El año que vivimos en peligro. El peor de los casos: la pandemia”. Los ateneos se retomaron de manera virtual durante el año 2021 y un eje transversal en las exposiciones de cada servicio fue el de qué manera adaptaron sus funciones al contexto de la pandemia. En particular durante su primer período, en el año 2020, ya que fue el más grave a nivel epidemiológico y social por el impacto en la vida cotidiana de la población. De alguna forma, los ateneos del año 2021 sirvieron para hacer una catarsis⁵⁹ colectiva entre los/las

58 Entrevista realizada a una psiquiatra del Departamento de Hospital de Día del Hospital Carolina Tobar García, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 22/06/2020.

59 Utilizo este término para enfatizar que no solamente sirvieron para reflexionar y sacar conclusiones clínicas, sino también para socializar las emociones que generó la modificación abrupta en las modalidades de trabajo en el marco de una situación particularmente estresante para los/las trabajadores de la salud. Más allá de las modificaciones en las formas de trabajo, el telón de fondo se compone por el aumento de las responsabilidades y la demanda de pacientes, la reducción del personal exceptuado, la exposición epidemiológica y la prohibición gubernamental de que se solicitaran licencias.

profesionales respecto al impacto de la pandemia, durante el año anterior, en el trabajo de cada servicio.

Tomo de ejemplo el ateneo de la guardia del hospital por considerarlo representativo de esta catarsis. Durante este ateneo, a diferencia de otros, noté que había una expectativa particular por parte de los/las asistentes. Fue el ateneo que tuvo mayor cantidad de participantes y, a la vez, cantidad de cámaras encendidas. Muchos/as de estos profesionales, que en otras ocasiones solamente estuvieron de oyentes, en este ateneo participaron con preguntas o con comentarios en el chat de la plataforma Zoom. A su vez, las caras reflejaban expresiones de profunda atención e interés. Entre los/las que prepararon y dictaron el ateneo se encontraba el jefe general de la guardia y varios/as de los/las jefes/as de las guardias de cada día⁶⁰. Uno de los jefes diarios de la Guardia psiquiatra, empezó planteando:

“Haremos un breve resumen de lo que pasó en la Guardia con la pandemia. Tuvimos que repensar todo. Desde el espacio físico, hasta el recurso humano, y obviamente ir pasando por los procesos típicos de una pandemia de estas características.

En relación, entonces, al espacio físico, se creó una sala de internación post-guardia. Lo que algunos llaman: Unidad de Aislamiento. O UTA (Unidad de Tratamiento en Aislamiento). En lo personal yo prefiero el nombre “Internación Post-Guardia”, porque refleja mucho mejor el dispositivo. [...] La Sala de Profesionales⁶¹ también se re-estructuró en este sentido, junto a un sector de Hospital de Día.

¿Qué pasó con los recursos humanos de la guardia? Una modificación es la composición. Habitualmente estaba conformada por tres médicos, dos psicólogos y un trabajador social. Ahora se armaron dos grupos: personal médico y personal no médico. El personal médico con dos integrantes, y el no médico podía ser un psicólogo y/o un trabajador social. Por otro lado, nosotros funcionamos con

60 Los equipos profesionales de la guardia cambian de un día a otro, y cada equipo profesional diario tiene su jefatura (las cuales, a su vez, responden a una jefatura general).

61 La Sala de Profesionales es un sector amplio al que tienen acceso todos los trabajadores del hospital, con mesas, sillas, computadoras, y un patio. También, desde ahí, se accede a distintos materiales de archivo interno, como las historias clínicas del sector de Internación. Cuenta con impresoras y una fotocopidora. Es un espacio apreciado por los/las profesionales, ya que suele usarse tanto para tomarse un descanso como para trabajar con tranquilidad en la redacción de informes, historias clínicas, realizar llamados telefónicos o reunirse con colegas de diversos sectores.

una rotación semanal entre profesionales, por protocolo, algo que fue generando distintos roces. [...]

Sabemos que las adolescentes mujeres tienen en internación 26 camas, los varones 26 camas, y los niños 12 camas. Para ese sector del hospital, se armó una guardia interna, compuesta por residentes y psicólogos. Guardia interna la llamamos, para abordar las salas generales. La guardia externa atendía a los pacientes que llegan de afuera, más algunas situaciones de fuerza mayor donde se apoyaba a la guardia interna.

¿Por qué hicieron los cambios en recursos humanos? Bueno, este fue un criterio infectológico, para cuidarnos entre todos.

Vimos, entonces, los cambios edilicios, los cambios en recursos humanos, y los cambios en relación a los procesos y materiales de protección.

En relación a los cambios en los procesos, se crea un proceso de triage en la puerta del hospital, para profesionales del hospital, pacientes y acompañantes.

Otro de los cambios en los procesos, es que se empieza a hacer seguimiento de pacientes por Guardia. Con interacciones inter-guardia. En esto me voy a detener, porque hubo muchos, muchísimos, seguimientos por Guardia. Con la idea después de hacer una derivación a Consultorios Externos, o a Hospital de Día. Es decir, fue tarea de la Guardia tener una mínima estabilización del cuadro clínico del paciente. Una vez que estaban más o menos estabilizados, se hacía la derivación a Externos u Hospital de Día. Esto es importante porque hubo un muy buen trabajo inter-guardia. Porque sí o sí nos hizo trabajar en equipo inter-guardia, es decir entre las guardias de los distintos días. Y también los coordinadores de guardia armaron un grupo de chat entre ellos.”⁶²

Este fragmento desarrolla muchas de las modificaciones que vivió el hospital durante la pandemia. En general, los cambios que se relatan en el ateneo para el caso específico de la guardia sucedieron, con variaciones, en otros servicios. Por ejemplo, la reestructuración de los vínculos laborales entre equipos, inaugurando otras moda-

62 Registro de campo del ateneo dictado por el equipo de profesionales de la guardia del Hospital Carolina Tobar García, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 3 de junio del 2021.

lidades de trabajo y hasta canales de comunicación para abordar las nuevas tareas, obstáculos, y desafíos.

En el caso de la guardia, esto se puede observar en el trabajo entre equipos de distintos días, tal como se resaltó en el ateneo con el término “inter-guardias”, junto a los canales de comunicación que se crearon, como los “grupos de chats”. Antes de la pandemia los/las profesionales de las guardias de cada día se comunicaban centralmente a través de los “pases de guardia”⁶³ y el registro escrito de los sucesos más importantes acaecidos durante la jornada.

También, en que “se empieza a hacer seguimiento de pacientes por guardia” antes de realizar la derivación hacia otros servicios como una estrategia novedosa. De hecho, este cambio fue destacado con fuerza en el ateneo: “En esto me voy a detener, porque hubo muchos, muchísimos, seguimientos por guardia”. Con anterioridad a la pandemia cuando los pacientes eran atendidos en la guardia y, luego, precisaban continuar con un tratamiento en el hospital se los derivaba a los servicios correspondientes para que evalúen su admisión. O bien, si las problemáticas no eran tan urgentes, se los instaba a que concurrieran a la Admisión General del hospital.⁶⁴

Sin embargo, durante la pandemia la Admisión General del hospital se cerró, al igual que sucedió en otras instituciones, constituyéndose el ingreso por la guardia como la única vía de acceso a la atención. La demanda de pacientes atendidos por la guardia creció durante la pandemia al punto de replantear la modalidad de trabajo institucional. Frente a la sobrecarga, a su vez, en otros sectores, como el de Consultorios Externos, la guardia empezó a “seguir” el tratamiento de pacientes a través del tiempo; algo que es propio de las funciones de un Consultorio Externo, no de las habituales de una guardia. Al decir de diversos/as profesionales entrevistados/as la guardia, así, se convirtió durante la pandemia en el “segundo Consultorio Externo” del hospital.

63 Instancia donde los/las profesionales que terminaron su jornada resumen oralmente lo que sucedió a los que van a tomar la guardia sucesiva.

64 Diversos/as profesionales me explicaron durante las entrevistas que para acceder a la Admisión General del hospital había que solicitar un turno concurriendo al Tobar García los primeros días de cada mes. Se sugería concurrir lo más temprano posible, dado que como la asignación de turnos ocurría solo ese día del mes, se armaban filas largas. Los turnos se solían otorgar para uno o dos meses posteriores, dando una fecha en que debía concurrir el niño, niña, o adolescentes, junto con su familiar o tutor, para ser evaluado por un equipo de Orientación. En el caso que correspondiera, sería derivado a uno de los servicios del hospital, u orientado hacia otros efectores del sistema de salud acordes a sus problemáticas.

Los procesos de cambio en las modalidades de trabajo acaecidos por la pandemia se sucedieron en todo el hospital, más allá de la guardia. Por ejemplo, entre los distintos Servicios del Departamento de Rehabilitación Psicosocial, donde diversos/as profesionales resaltaron durante las entrevistas el renovado trabajo interdisciplinario que adoptaron para hacer frente a los desafíos de la pandemia y protocolos. O la creación de canales de comunicación, como grupos de *WhatsApp*, entre profesionales de distintos equipos de trabajo que antes no existían.

Esta “refuncionalización” por la pandemia, tal como planteé más arriba y se especifica en el ateneo, trajo modificaciones en el plano del espacio físico, de los recursos humanos, de las tareas y modalidades de trabajo de cada servicio. Más allá de las especificidades, destaco que estas modificaciones en las prácticas de los/las profesionales se entrelazan con las preguntas sobre qué *perfil* desean construir en sus servicios, y en la institución en general, en el marco de la refuncionalización por la Ley de Salud Mental.

Específicamente sobre esto último resulta ilustrativo otro fragmento del ateneo. Esta parte estuvo a cargo de otra jefa diaria de guardia, también psiquiatra:

“Lo que estamos viendo en este momento en la Guardia es lo que implica la palabra riesgo. Si hay algo que define al dispositivo de urgencias y emergencias en el Tobar, y en el resto de los hospitales de la red, tiene que ver con el riesgo. Nosotros, en este momento, la Guardia modificó sus criterios de riesgo. Nosotros estamos teniendo pacientes en ambulatorio, por guardia, más graves que quizá pacientes que ingresan desde otros sectores del hospital. Estamos recibiendo pacientes de riesgo de extra-CABA. Frente a las dificultades severas del sistema de salud en el área metropolitana llegan pacientes, o derivan pacientes, del área metropolitana. Y obviamente si son situaciones de riesgo, la Guardia absorbe ese riesgo. O sea, básicamente se modificó el criterio de riesgo de la Guardia, para mayor. Es decir que aumentó la transferencia de riesgo a la Guardia. Tanto desde lo intra-hospitalario, como desde lo extra-hospitalario.

Por otro lado, yendo a algunos números que asustan, en relación al número de tratamientos por Guardia, que claro que no vamos a reemplazar un tratamiento de Consultorios Externos, pero estamos hablando de entre 350 y 400 pacientes en un año en atención am-

bulatoria por Guardia. Lo cual esto nos generó un cimbronazo. 400 pacientes seguidos por Guardia de manera ambulatoria, no sé, es algo para repensarlo, ¿no? Con una Admisión al hospital que está cerrada desde hace dos años. A ver, me parece que es esto de sentarnos entre todos a pensar qué proyecto de hospital queremos.

Otra de las cosas que quiero comentar, en función de esto, algo muy anhelado, es la inserción del hospital en la red del sistema de salud de CABA. Sabemos que, al momento, por una cuestión operativa, no va a haber un móvil, pero es una instancia intermedia que tiene que ver con cómo el hospital se inserta en el sistema de salud. Se trata de la confección de un protocolo para evaluar a pacientes de otros efectores. Esto fue consultado a las distintas jefaturas y, aquellos hospitales que no tienen psiquiatría infantil son evaluados, ya en este momento, por la Guardia de especialistas del Tobar García”.⁶⁵

Se puede observar cómo esta tendencia a que el *perfil* de los servicios se oriente al de un “Hospital de Agudos”, desarrollada en la sección anterior, se profundiza fuertemente durante la pandemia. Una “modificación de los criterios de riesgo, para mayor”, tal como se plantea en el ateneo.

Por un lado, se llega a esta situación debido a que el sistema sanitario durante la pandemia subordinó la mayoría de sus recursos al tratamiento de la clínica de infectología por COVID-19. Esto se tradujo en el cierre de las admisiones de los efectores que incluían tratamiento por salud mental o, en el mejor de los casos, en el establecimiento de cupos más restrictivos. Al cerrar las admisiones la única vía de ingreso a un tratamiento por salud mental en el subsistema público fueron las guardias. Dado que la única guardia especializada en Salud Mental Infantojuvenil del país es la del Tobar García, el tratamiento ambulatorio de niños, niñas, y adolescentes en la guardia del hospital creció de manera exponencial durante la pandemia. Tal como se plantea en el ateneo, el número de pacientes tratados de manera ambulatoria creció al punto de causar “un cimbronazo” en la guardia. De esta forma, el Hospital Tobar García “absorbe el riesgo” de toda la región metropolitana frente a las “severas dificultades del sistema de salud”.

Por otro lado, la pandemia agudizó ciertas problemáticas de salud mental de la población, entre otros factores debido a las alteraciones de la vida cotidiana y el aisla-

65 *Ídem.*

miento domiciliario.⁶⁶ Lo anterior se entrelaza al recrudecimiento de todos los índices de pobreza durante el año de pandemia junto a las restricciones que tuvieron los diversos organismos estatales de cuidado para observar situaciones de vulneración de derechos hacia dentro de los aislamientos domiciliarios y emplear medidas de protección. Esto se combina con los novedosos desafíos y obstáculos de una práctica profesional mediada por la tecnología virtual, en particular para problemáticas graves en salud mental infantojuvenil.

El planteo acerca de que durante la pandemia llegaron pacientes “más graves” también se expresó en las entrevistas realizadas a profesionales del Departamento de Consultorios Externos. Más allá de la “gravedad”, los/las profesionales de este sector relatan que la cantidad de pacientes que pasó a atender cada uno/a aumentó a un punto de “saturación” en el que fue difícil trabajar. No solo porque son “casos gravísimos”, sino porque debieron atenderlos mayormente de forma virtual y reducir los tiempos de tratamiento para acaparar la alta demanda.

Profesionales del Hospital de Día, a su vez, refirieron que esta nueva modalidad de derivaciones en la que la guardia toma un lugar preponderante trajo diagnósticos en salud mental distintos a los que estaban habituados.⁶⁷ Esto se convirtió en un desafío que se entrelaza con el de las restricciones para poder llevar adelante tratamientos de carácter grupal. También, al decir de diversos/as profesionales, dicho desafío se complejizó por el aumento exponencial de obstáculos para poder derivar pacientes a otros efectores cuyas vías de ingreso estaban cerradas, debiendo prolongar el tratamiento en el hospital.

Luego de la pregunta sobre “qué proyecto de hospital queremos”, dicha con una fuerte intensidad emocional, el ateneo tomó la forma de un intercambio parecida a la de la asamblea. Muchos/as profesionales realizaron críticas a la gestión del hospital durante la pandemia, sentaron posiciones y hasta propuestas para llevar a la dirección. Por ejemplo, varios/as profesionales pidieron que se reabrieran los dispositivos de atención que dependen del Tobar García, pero funcionan fuera del edificio⁶⁸ y que se reabra, también, la Admisión General del hospital. Para la fecha del ateneo, junio del año 2021, ambos espacios seguían cerrados.⁶⁹

66 Martínez-Taboas, 2020.

67 Por ejemplo, en el equipo de adolescentes, jóvenes con diagnósticos del espectro autista, asperger o trastornos generalizados del desarrollo, en contraste a los del diagnóstico de esquizofrenia con los que están más habituados a trabajar.

68 Me refiero al “Programa de Emprendimientos Sociales” que llevan adelante los/las profesionales de Terapia Ocupacional Laboral del hospital, y al proyecto de Huerta Pechohue.

69 La reapertura de la Admisión General del hospital y de los emprendimientos sociales, que

Por último, durante el año 2020, se planteó el cierre de la sala de internación de niños/as. En el transcurso del año, a través de las entrevistas realizadas a diversos/as profesionales, esta decisión me fue relatada de manera alternada como un hecho acabado, como un proceso en realización y como un rumor. Hasta el momento, el cierre de la sala no se efectuó, aunque se redujeron la cantidad de niños/as internados en comparación al período previo a la pandemia. De manera similar, en diferentes ocasiones, los/las profesionales me plantearon que el nuevo proyecto de refuncionalización incluiría el tratamiento de niños, niñas, y adolescentes únicamente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁷⁰ De igual forma, a veces esto fue referido como una decisión del Gobierno ya tomada y en curso de implementarse, a veces como algo a realizarse en ciernes, y a veces como un rumor.

Reflexiones finales

La pandemia llevó a que el Hospital Tobar García centralizara, en mayor medida, los recursos estatales de cuidado hacia niños, niñas y adolescentes con problemáticas en salud mental. Las consecuencias de la pandemia, que pauperizaron las condiciones de vida cotidiana tanto de la población usuaria como de la labor profesional, llevó a que el *perfil* del hospital se “agudizara” para poder “absorber” los “riesgos” tanto de las crecientes problemáticas de salud mental de la población como de la falta de recursos estatales idóneas para su cuidado.

Considero que la noción de *riesgo* debe ser conceptualizada, en este caso, desde diversas acepciones. Se trata de un término nativo que utilizan los/las profesionales del Tobar García para explicar la relevancia de su labor, en el que se sintetiza la centralidad del hospital en la organización estatal de recursos de cuidado. El *riesgo* que este organismo estatal “absorbe” conjuga la peligrosidad asociada históricamente a la locura;⁷¹ la de los/las niños/as que presentan conductas inmorales y disruptivas considerados desviados/as para los parámetros disciplinares de normalidad;⁷² y la de la desafiliación social de la pobreza asociada a la marginalidad, la violencia, y la delincuencia.⁷³

dependen del Tobar García, pero funcionan por fuera del edificio, comienza a fines del año 2021 y se consolida a principios del año 2022.

70 Algo particularmente polémico ya que implicaría dejar sin tratamiento a la mayoría de los/las niños/as y adolescentes que actualmente se atienden en el Tobar García. Al decir de una profesional entrevistada, “el 80% son de la provincia de Buenos Aires”.

71 Foucault, 1992.

72 Donzelot, 1998.

73 Castel, 2014.

En este sentido, es interesante destacar cómo en un contexto de particular peligrosidad social la gestión estatal de las problemáticas infantojuveniles asociadas a salud mental se centró en los recursos de atención del Tobar García en contraste a la lógica descentralizada que busca el proceso de “desmanicomialización” en curso. Es decir, la lógica de gobierno en pos de reducir el riesgo⁷⁴ sociosanitario de la pandemia, en este caso referido a las problemáticas asociadas a la salud mental, descansó en la “institución manicomial” estatal. De manera contradictoria, entonces, la racionalidad de esta forma de gobernar⁷⁵ las problemáticas de la población infantojuvenil, en el sentido de conducir las acciones de las personas hacia determinadas formas de resolverlas, sigue centrándose en los tratamientos que brinda el monovalente en salud mental.

Lo anterior se vincula estrechamente a la pregunta que realizan en el ateneo sobre “qué proyecto de hospital queremos”. En este interrogante se incluye la dimensión espaciotemporal de la atención sanitaria; tanto en la materialidad, la distribución, y los usos de los espacios como en la organización de los tiempos institucionales, tan relevantes para las experiencias de quienes conforman cotidianamente un hospital.⁷⁶

El interrogante sobre “qué proyecto de hospital queremos” recoge el carácter abierto del proceso en curso. En el sentido de que existe un proyecto de refuncionalización que busca descentralizar la atención en salud mental infantojuvenil al mismo tiempo que, en la práctica, el Tobar García centraliza más que nunca dichos recursos. En esta línea, que el Tobar García avance en su entrelazamiento con la “red de salud mental de CABA”, tal como se plantea en el ateneo al explicar el nuevo sistema de derivaciones hacia la guardia de especialistas del Tobar García, es una expresión más de este aspecto contradictorio. En la medida que el hospital afianza sus vínculos con otros efectores públicos, a contramano de una lógica asilar; para centralizar, sin embargo, toda la atención de urgencias del área metropolitana.

Los elementos anteriores, incluyendo los rumores sobre el cierre de la Sala de Internación de Niños, que finalmente no se concretó, se inscriben en el carácter paradójico de este proceso que busca adecuar el hospital a las reglamentaciones de la Ley Nacional de Salud Mental sin esperar a que se creen, a nivel estatal, los recursos de atención descentralizada que originalmente dicha ley planteó.

Este carácter paradójico se agudiza en la medida de que la argumentación del proyecto de refuncionalización y los pasos que se están llevando adelante, o que se discuten como decisiones a implementar próximamente, se justifican desde la lógica de la

74 O'Malley, 2007.

75 Rose, 2007.

76 García *et al.*, 2017.

“desmanicomialización” y la descentralización comunitaria. Sin embargo, al mismo tiempo, como expuse, durante la pandemia la centralización de recursos en el Tobar García se acrecentó.

Una conclusión central, entonces, es que los interrogantes de los/las profesionales sobre “qué proyecto de hospital queremos”, o sobre el *perfil* que desean para los servicios de la institución, vinculan la “refuncionalización” obligada del sistema de salud por la pandemia a la refuncionalización que deja en ciernes el cumplimiento del plazo de la Ley Nacional de Salud Mental para llegar al 2020 sin “manicomios”.

Dichos interrogantes permiten abrir la discusión sobre la organización estatal de los recursos sanitarios, y sobre el lugar que tiene el Hospital Tobar García en la gestión gubernamental de determinadas problemáticas.

Fecha de recepción: 8 de noviembre de 2022

Fecha de aprobación: 25 de abril de 2023

Bibliografía

Barber, N. (2015). *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades* (Tesis de Doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Faraone, S., & Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad en niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En Barcala, A., & Conde, L. (Eds.), *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 75-106). Buenos Aires: Editorial Teseo.

Barna, A. (2015). *La gestión de la infancia entre lo local y lo global. Una etnografía sobre intervenciones destinadas a “restituir derechos de niños” en dispositivos estatales en el marco de la Leyes de Protección Integral*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Batallán, G. (2020). Antropología y metodología de la investigación. *Revista de la Academia*, (30), 199-219.

Cáceres, C., Granja, G., Osella, N., & Percovich, N. (2017). *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. Recuperado en septiembre de 2022 de: <https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud-en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf>

Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *eRevista Internacional De Sociología*, 72(Extra_1), 15-24. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.03.18>

Conde, A. (2015). La desinfantilización de la niñez en la segunda modernidad. En Barcala, A., & Conde, L. (Eds.), *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 43-74). Buenos Aires: Editorial Teseo.

Donzelot, J. (1998), *La policía de las familias*. España: Editorial Pre-Textos.

Fassin, D. (2005). Le sens de la santé. *Anthropologie des politiques de la vie*. En Sallant, F. & Genest, S. (Eds.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. (pp. 34-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Editorial La Piqueta.

García, M. G., Recoder, M. L., & Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*, 13, 391-409.

Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548-552.

Hiernaux, D. (2007). Los imaginarios urbanos: de la teoría y los aterrizajes en los estudios urbanos. *Eure (Santiago)*, 33(99), 17-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612007000200003>.

Lahire, B. (2006). *El espíritu sociológico*. Buenos Aires: Manantial.

Poblet Machado, M. A., Oberti, M., Faraone, S., & Bianchi, E. (2021). Derribando mitos. Una contribución a la problematización en torno a la ley nacional de salud mental. *Debate Público*, (22), 221-232.

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿qué sabemos actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 143-152.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.

O'Malley, P. (2007). Experimentos en gobierno. Analíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 151-171.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.

Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social?: Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 113-152.

Singer, M. (2004). The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin*, 69(1), 9-16.

Turner, V. (1980). *La Selva de los Símbolos. Aspectos del Ritual Ndembu*, Madrid: Siglo XXI.

Zaldúa, G., Pawlowicz, M., P., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J., & Moschella, R. (2016). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Editorial Teseo.