



Universidad Nacional de Rosario

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Integrador Final

**“El encierro en la emergencia: Los efectos de la pandemia de Covid-19 en
el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila”**

Modalidad investigación

Estudiante: Golberg, Julia Maria (juliagolberg81@gmail.com)

Directora: Lic. Osella, Ma. Pilar (osellapilar@hotmail.com)

Rosario, octubre 2025

Agradecimientos

Sabiendo que este trabajo no hubiese sido posible sin su apoyo, quiero agradecer:

A la Lic. Osella, Ma. Pilar, directora del presente Trabajo Integrador Final, por su compromiso y dedicación, sus observaciones, sugerencias, y su respetuosa guía y acompañamiento durante todo el proceso de escritura. Cada encuentro y reunión fueron espacios de aprendizaje muy valiosos.

A la Lic. Coll, Laura y la Lic. Rodriguez Peña, Ma. José, por su afectuosa disponibilidad y seriedad para la realización de las entrevistas. Ambas instancias fueron insumos de gran importancia para el desarrollo del análisis y el surgimiento de nuevas reflexiones.

Y a mi familia, por siempre darme la libertad de elegir quién quiero ser, y por acompañar esta etapa con mucho amor.

Índice

Introducción	4
CAPÍTULO I	7
Algunos pasajes por la historia del campo de la Salud Mental	7
1.1 Modelo Médico Hegemónico: el mecanismo de encierro como respuesta	8
1.2 Movimientos de reforma hacia un nuevo paradigma: la desmanicomialización	14
1.3 Contexto nacional y presentación del marco normativo	19
CAPÍTULO II	26
El hospital psiquiátrico en la ciudad de Rosario: caracterizaciones sobre el Centro Regional Salud Mental Agudo Ávila	26
2.1 Internación: salas de internación	29
CAPÍTULO III	34
La pandemia como emergente: efectos en la dinámica institucional	34
3.1 El fenómeno que cerró el mundo	35
3.2 Respuesta sanitaria nacional	38
3.3 Reestructuración del Centro Regional Salud Mental Dr. Agudo Ávila	44
Reflexiones finales	51
Bibliografía	57

Introducción

El presente trabajo es el resultado de un análisis realizado para la producción del Trabajo Integrador Final, elaborado en el marco de la finalización de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El problema de investigación se vincula con la irrupción de la pandemia de Covid-19 que enfrentó a toda la sociedad a construir nuevos modos de vivir, de sentir, trabajar y relacionarnos. En este marco, y luego de haber realizado el último año de prácticas pre profesionales en el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila (CRSM) durante el año 2021, el ejercicio del desarrollo del Trabajo Integrador Final se presenta como una oportunidad para retomar preguntas y construir un recorrido en su análisis sobre: ¿Cómo fue la adecuación del CRSM a las normativas y restricciones? ¿Qué fue posible? ¿Qué no? ¿Qué efectos produjeron los nuevos circuitos impuestos por regulaciones sobre la pandemia en los procesos de trabajo? ¿Es posible identificar nuevas problemáticas en la población usuaria pos pandemia? Entre el monovalente y la urgencia sanitaria: ¿Más encierro?

El estudio y descripción de las principales modificaciones que se produjeron en las distintas dimensiones que constituyen las prácticas de intervención, nos permite sostener el carácter estratégico de la misma, y analizar cómo se reconfiguró el trabajo interdisciplinario con los/as usuarios/as.

El objetivo general es analizar cómo fueron los procesos de trabajo con usuarios/as del sector de internación, desde la perspectiva de los equipos tratantes del CRSM Dr. Agudo Ávila durante el año 2021, frente a las principales restricciones y normativas que se implementaron en la institución por la urgencia sanitaria de la pandemia de Covid-19. Se desprenden objetivos específicos: Precisar el circuito institucional específico durante la pandemia; Analizar el trabajo intersectorial del CRSM durante la pandemia; Indagar sobre los efectos de las normativas y restricciones en las estrategias de trabajo terapéutico con los/as usuario/as.

En relación a la metodología utilizada, nos orientamos hacia trabajo analítico/descriptivo, y se utilizaron técnicas propias de la metodología cualitativa, con el

objetivo de recuperar la perspectiva de los propios actores involucrados en esa realidad. En este sentido, se realizaron este año (2025) dos entrevistas semiestructuradas a informantes clave de la institución: Laura Coll, Trabajadora Social en función de gestión (Subdirectora del hospital durante el período analizado), y María José Rodríguez Peña, Trabajadora Social del equipo de Internación en el mismo período.

Como soporte fundamental también se recurrió a material producido en el marco de prácticas pre profesionales realizadas en el año 2021, y la lectura de artículos, reglamentos, leyes y normativas, y bibliografía específica competente al campo y la problemática mencionada.

El presente trabajo se estructura en tres capítulos, los cuales se organizan de la siguiente forma:

El primer capítulo presenta un recorrido histórico y conceptual del campo de la Salud Mental, destacando la coexistencia y tensión entre distintos paradigmas: desde el modelo médico hegemónico, centrado en el encierro y la objetualización de la enfermedad mental, hasta los movimientos de reforma psiquiátrica y desmanicomialización que promueven un modelo comunitario y de restitución de derechos. Se abordan los hitos normativos nacionales e internacionales que orientan la transformación y construcción de un modelo de atención comunitaria, integral e interdisciplinaria.

El segundo capítulo se centra en el análisis del CRSM Dr. Agudo Ávila, principal efector público dedicado a la internación de situaciones agudas en Salud Mental de la ciudad de Rosario. Consideramos su inserción institucional, estructura y funcionamiento, su rol en el sistema provincial de salud, y algunos de los desafíos que se presentan entre las prácticas cotidianas y la legislación vigente. Además, se abordan los criterios de internación establecidos por la LNSM (2010), las dificultades de las internaciones prolongadas y la existencia de problemáticas sociales que obstaculizan los procesos de externación y reinserción social de los/as usuarios/as.

El tercer capítulo aborda la irrupción e impacto de la pandemia de Covid-19 como acontecimiento inédito, interrumpiendo los modos habituales de vida, trabajo y sociabilidad. Se recorren los conceptos de crisis, emergencia, desastre y catástrofe para abordar la situación que rebasó las capacidades de respuesta nacional. Se analiza cómo este fenómeno global

afectó de manera particular al campo de la Salud Mental, donde las nociones de cuidado y encierro adquirieron nuevos sentidos y tensiones. En este marco, se estudian los efectos particulares que la pandemia provocó en el CRSM.

Finalmente, reflexionamos acerca de los desafíos y aprendizajes ante el contexto atravesado, el rol del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios y en la gestión de la institución, el accionar ante la crisis, y la importancia de la contención y participación de los/as usuarios/as, para la construcción de estrategias colectivas que hicieran posible sostener el lazo social en medio de la emergencia.

CAPÍTULO I

Algunos pasajes por la historia del campo de la Salud Mental

La Salud Mental constituye un campo de investigación y trabajo de diversas disciplinas y profesiones de lo social, entre ellas el trabajo social. Entendemos que este espacio se encuentra atravesado por lógicas de funcionamiento, habitado por la historia y movimientos de transformación que invisten de sentido el trabajo cotidiano. Así para desandar algunos de los interrogantes de la presente investigación consideramos presentar algunos elementos centrales del campo, conceptualizaciones, líneas históricas y marcos legales.

Uno de los primeros interrogantes fue organizado alrededor de la significación del trabajo en Salud Mental. El sentido Amarante (2009) propone que:

La Salud Mental es un campo o área de conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud, siendo importante señalar que pocos campos de conocimientos y actuación en salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes. (p. 17)

Esta definición permite situar al campo de la Salud Mental no sólo como un área técnica o disciplinar, sino como un entramado dinámico de saberes, prácticas y disputas en el marco de las políticas públicas.

La complejidad del campo de Salud Mental, su amplitud y heterogeneidad, atravesado por las disputas, tensiones y contradicciones entre los diversos actores e instituciones que lo integran son objetos del presente análisis. Distintos paradigmas han ejercido hegemonía en diferentes momentos históricos, principalmente el modelo médico biológico/positivista, enfocando la enfermedad mental como un objeto que puede ser diagnosticada y tratada, y años más tarde, el modelo de Salud Mental Comunitario, buscando priorizar atenciones más integrales y centradas en los sujetos, sus necesidades y derechos.

Dado que no podemos concebir la historia de manera unidireccional o lineal, es fundamental reconocer que los diferentes paradigmas conviven, se tensionan y dialogan entre sí, sostenidos también por parte de los profesionales a través de múltiples supuestos teóricos y metodológicos.

Las transformaciones en el campo de la Salud Mental no responden a un modelo que reemplaza al anterior, sino que múltiples modelos coexisten e incluso se contradicen, expresando la complejidad de los procesos sociales, políticos y disciplinares que los atraviesan. Esta coexistencia de paradigmas refleja también la diversidad de prácticas, discursos e intereses que intervienen en la construcción histórica de las instituciones y de las políticas de Salud Mental. Reconocer esta complejidad es condición necesaria para pensar críticamente el rol profesional del trabajo social en este campo, así como los desafíos que implica construir prácticas éticas y comprometidas con los derechos de los sujetos.

En los apartados siguientes, se desarrollarán las principales características de cada modelo de pensamiento e intervención en el campo de la Salud Mental, en articulación con las particularidades de sus respectivos contextos históricos. A lo largo de este recorrido, y haciendo énfasis en una de las problemáticas transversales de este trabajo, se analizará la constitución de la práctica de encierro como forma de abordaje de los padecimientos subjetivos, con el propósito de problematizar su persistente centralidad en las respuestas estatales e institucionales a lo largo del tiempo.

1.1 Modelo Médico Hegemónico: el mecanismo de encierro como respuesta

Problematizar la separación, la exclusión y el encierro de personas como un mecanismo que históricamente ha sido legitimado política y socialmente nos permite analizar cómo, en cada etapa, distintas formas de institucionalidad han sido planificadas y construidas en función de dicho dispositivo. Esta lógica ha operado con aparente eficacia, obteniendo cierta aceptación social. Si bien fue objeto de críticas ha persistido su vigencia, sosteniendo centralidad como respuesta frente a lo considerado diferente, fuera de la norma, frente a la locura y a los prejuicios contruidos en relación a ella.

En relación con uno de los tópicos principales de este trabajo, estudiar la configuración del manicomio como la institución central en el imaginario social de la locura permite interrogarnos acerca de cómo, en función de qué elementos y a pesar de sus múltiples reestructuraciones, el dispositivo del encierro continúa reafirmandose como una de las principales respuestas frente al padecimiento subjetivo. Esta persistencia se manifiesta desde diversos frentes sociales, profesionales e institucionales que, en muchos casos, terminan reproduciendo prácticas que obstaculizan o deslegitiman propuestas alternativas orientadas a la desmanicomialización y a la construcción de modelos alternativos de atención.

Los aportes de Foucault (1967) resultan fundamentales en este campo para comprender dinámicas sociales y políticas de constitución de prácticas e institucionalidades. Al analizar la historia de la locura en Occidente, el autor nos permite visualizar cómo el fenómeno de la locura se ha configurado históricamente, en un espacio de exclusión, a través de diferentes lenguajes, representaciones, prejuicios y saberes que le otorgan determinado sentido. En cada época, la locura ha sido asociada a concepciones morales, religiosas, científicas, filosóficas y jurídicas, y tales construcciones han legitimado prácticas concretas de separación, encierro y control.

De ahí que, analizar el manicomio no sólo como una institución física, sino como la expresión material de un entramado histórico de saberes, poderes y creencias, nos permite profundizar sobre las condiciones que aún hoy hacen posible la validación del encierro como forma vigente de respuesta ante el padecimiento subjetivo.

En el desarrollo de este apartado, utilizaremos las denominaciones de locura y loco, ya que sostienen discursivamente creencias, prejuicios, y también determinadas posiciones teóricas, ideológicas, profesionales y políticas.

La definición de la locura y la calificación de ciertas personas como locos se ha sostenido en el tiempo a partir de la descripción y caracterización de comportamientos y padecimientos, y su problematización o percepción como peligro para el resto de la sociedad. Tales expresiones han respaldado las prácticas de encierro y exclusión de grandes grupos sociales, socavando sus derechos, hasta la construcción de una nueva categoría: usuario/a de Salud Mental, sobre la que trabajaremos más adelante.

Durante el transcurso del siglo XVII, principalmente en Europa, la enfermedad mental venía representando una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción de que quién delinquía mostraba externamente su sufrimiento (Falcone, 2000). La locura se empieza a visualizar como un peligro o un desorden que debía colocarse entre límites precisos: los de la razón. En tal sentido, este momento representa lo que se ha denominado como el pasaje a una conciencia crítica de la locura, donde el encierro de las personas así calificadas, fue el mecanismo más consolidado como respuesta ante las diferentes situaciones percibidas socialmente como peligrosas. Foucault (1967) analiza en sus obras aquellos años, nombrando a ese clima político-social como “el Gran Encierro”, cuando se aisló sin pretexto médico, indiscriminadamente, y en poco tiempo a vagabundos, pobres, homosexuales, y locos (Galende, 1990).

En tal contexto y frente a nuevas directrices gubernamentales, los hospitales se fueron convirtiendo en establecimientos que debían cumplir con responsabilidades policiales, políticas y de orden social, abandonando las funciones exclusivamente filantrópicas que cumplían hasta el momento. Orientándose a la constitución de nuevas modalidades, cambiaron también su denominación a Hospitales Generales.

Amarante describe estos hospicios, resaltando su escasa relación con ideas médicas, como “una estructura semi jurídica, una entidad administrativa, de fundamental importancia para la definición de un nuevo lugar social para el loco/a y para la locura en la sociedad occidental” (Amarante 2009, p. 25).

Para el funcionamiento de tales instituciones, era necesario la designación de una autoridad a la que se le adjudicaba el poder de decisión sobre los ingresos y las internaciones de hombres y mujeres. Una autoridad que se imponía como absoluta sobre la sociedad en conjunto, en el sentido de que también ejercía sus funciones sobre quienes comprendía como potenciales pacientes. Esta figura de poder, aumenta en el imaginario social el vínculo entre las concepciones sobre la locura y el peligro, fomentando la generación de prácticas sociales de exclusión, de rechazo hacia lo distinto. En conjunto, se da validez a la existencia de un lugar específico para los/as considerados/as y denominados/as locos/as, legitimando con ello su segregación y encierro.

El manicomio se configura así como un dispositivo disciplinar del propio Estado para el control y la exclusión de quienes quedaban por fuera del ideal normal funcionamiento que se instituía para la sociedad moderna.

El director médico de estas instituciones, formaba parte y se sostenía en una estructura jerárquica. Al añadir a sus funciones un poder civil, “no tiene tanto un rol terapéutico sino que su función esencial es la de ejercer el control y la custodia de los/as enfermos/as internados/as, los ingresos, las condiciones y reglamentos del internamiento, como los egresos” (Galende, 1990, p. 122).

Con el desarrollo del sistema capitalista, y con ello la promoción de la nueva normativización de la vida en torno al trabajo, la intención de separar a la locura de la sociedad se intensifica. La utilidad, como categoría moral, se impone en la escena social y justifica el encierro de los/as locos/as junto con todo lo que se considere inútil (Galende, 1990). En efecto, la reclusión en los manicomios se sostiene en el interés político y económico de la doble función de apartar a quienes representan decadencia e indisciplina, y su posterior posible reinserción en la sociedad a través del trabajo, como mano de obra barata.

Durante estos años, el encierro de personas también encontraba sustento en la ausencia de una conciencia médica de la locura. Se consideraba popularmente a la urbanización, a las condiciones del empleo industrial o, contrariamente, las situaciones de desocupación masiva, como sus causas principales.

Con el inicio de la Revolución Francesa en 1789, y la reivindicación de derechos del hombre, los hospitales pasaron a ser objeto de profundos cambios, principalmente los manicomios. Con el objetivo de transformarlos en instituciones médicas, grandes grupos de médicos se incorporaron en ellos planteando nuevas modalidades de trabajo, y proponiendo principalmente una nueva finalidad, tratar a los/as enfermos/as (Galende, 1990).

Con tales proyectos, los hospitales fueron convirtiéndose en espacios de examen, lugares de tratamiento y sitios de reproducción del saber médico. Primó en ellos la norma de un modelo biomédico de atención, lo que suponía una relación con la enfermedad como objeto abstracto y natural, y no con el sujeto de la experiencia de la enfermedad. Desde este

enfoque se piensa a la locura con una objetividad propia, por lo que puede ser observada y descrita (Amarante, 2009).

Desplazando concepciones sociales, populares y religiosas, la locura pasa a tener estatuto de “enfermedad”, ocurriendo también en el plano disciplinar un pasaje de la hegemonía otorgada a la Iglesia y al Estado, hacia la medicina mental. A partir de 1790, toma impulso el desarrollo de una nueva disciplina, la psiquiatría, para la regulación de la norma psicológica (Galende, 1990).

La psiquiatría fue consolidando su poder como saber especializado y hegemónico, legitimando sus prácticas a través de un discurso que se instituía como la verdad sobre la enfermedad mental. Esta perspectiva, fuertemente anclada en el modelo biomédico, tendió a reducir la complejidad de los sujetos a diagnósticos clínicos y a abordajes individualizantes, desestimando las dimensiones sociales, históricas y políticas que atraviesan la experiencia del sufrimiento psíquico.

Las repercusiones sobre las nuevas concepciones de la medicina mental abrieron camino a numerosas experiencias médicas. Entre ellas, la figura de Philippe Pinel, médico y político francés, se ha destacado dedicando su carrera en proponer reformas en los procedimientos de asistencia, con el objetivo de mejorar la organización de los hospitales psiquiátricos en los que trabajaba. En sus años de trabajo, Pinel consolidó el concepto de alienación mental y la profesión del alienista. En lugar de enfermedad mental, argumentaba que el término de alienación mental permitía considerarla como un disturbio en el ámbito de las pasiones, produciendo desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad (Amarante, 2009).

La propuesta de Pinel se basaba en desarrollar un tratamiento moral, que tenía el objetivo de reeducar las mentes de los pacientes, a quienes denominó alienados/as. Fundamenta las propiedades curativas del aislamiento, en primera medida para apartar lo que enferma, pero principalmente porque ubica al médico en un lugar de autoridad, permitiéndole desde esa posición asimétrica controlar todos los aspectos de la vida del paciente. Es importante señalar que la producción más importante del alienismo no fue la incorporación de un abordaje científico de la locura, sino “la definición del personaje alienista, cuyo poder

proviene más de su posición social y moral que de la ciencia: es a la vez juez y policía, padre y director de conciencia” (Vezzetti, 1985, p. 57).

Los pacientes que se encontraban bajo el tratamiento moral, debían enfrentar un sistema de recompensas y castigos. Se buscaba imponerles hábitos intelectuales y morales, con el objetivo, paralelamente, de que los hospitales lleguen a ser lugares de orden. En suma, a pesar de impulsar importantes cambios humanitarios en las prácticas de trabajo en los hospitales psiquiátricos, como la histórica abolición del uso de cadenas en las personas internadas, el encierro de grandes grupos humanos continuó, legitimado por un imperativo terapéutico y a partir de diferentes prácticas de vigilancia, disciplina y control.

Podemos decir que este nuevo orden no eliminó la exclusión, sino que la reorganizó dentro del dispositivo de saber-poder que controlaba, clasificaba y disciplinaba a los sujetos. Basaglia (2008) advierte en muchos de sus trabajos críticos en relación a la temática, que el manicomio, incluso en sus versiones más “modernizadas”, siempre es un espacio de segregación.

En esta línea, analizar los hospitales psiquiátricos como instituciones totales, a partir de la caracterización propuesta por Goffman, resulta una herramienta esclarecedora para observar cómo se estructuran estos espacios en torno a dinámicas de encierro, control y homogeneización de los sujetos, y también analizar la persistencia de ciertas lógicas de funcionamiento en las instituciones actuales. El autor los define como “lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2011, p. 13).

En este tipo de instituciones, el dispositivo de encierro se sostiene, en gran medida, en la existencia de barreras materiales que dificultan o impiden la interacción social con el exterior: puertas cerradas, rejas altas, ventanas reducidas o inaccesibles, entre otros elementos. A su vez, la secuencia rígida de actividades y la concentración de la vida cotidiana dentro de un mismo espacio, así como un funcionamiento institucional que dificulta la atención a las particularidades de los/as usuarios/as y el desarrollo de sus individualidades, generando dinámicas absorbentes y totalizadoras/homogeneizantes. Estas particularidades refuerzan la percepción, por parte de los/as usuarios/as, profesionales, personal institucional y

de la sociedad en general, de una ruptura entre dos tiempos y espacios profundamente escindidos: el “adentro” y el “afuera”.

Visualizar estas características, aún presentes en muchas instituciones monovalentes de Salud Mental, permite analizar críticamente cómo ciertas concepciones y prejuicios sobre la locura, el padecimiento subjetivo y su abordaje, continúan reproduciéndose tanto en las prácticas profesionales como en el imaginario social. Esta reflexión resulta clave para cuestionar la vigencia de modelos manicomiales y avanzar hacia propuestas de atención que promuevan la inclusión, la autonomía y el respeto por los derechos humanos.

1.2 Movimientos de reforma hacia un nuevo paradigma: la desmanicomialización

Las críticas al alienismo, a su propuesta de tratamiento moral y al asilo como institución fundamental, han estado presentes desde sus orígenes. Tanto psiquiatras como figuras del ámbito político contemporáneas a su surgimiento dirigieron sus cuestionamientos principalmente al modelo de ciencia positivista que lo autorizó y legitimó como saber y práctica. Lejos de constituir consenso, el modelo alienista fue objeto de debates que ponían en tensión su pretendida racionalidad científica.

En un contexto de progresiva superpoblación de los asilos, muchas de estas críticas se centraron en las condiciones de vida de los internados: el hacinamiento, la precariedad material, la ausencia de recursos humanos adecuados y las prácticas autoritarias. Aquellos que denunciaban estas situaciones no sólo buscaban poner en evidencia la vulneración de los derechos de las personas allí internadas, sino también demostrar que el poder concentrado en la figura del psiquiatra, quien se erigía como autoridad exclusiva sobre el enfermo, no había derivado en la producción de conocimientos significativos sobre el padecimiento mental. Por esto mismo, uno de los objetivos principales de estas denuncias era visibilizar la ignorancia científica en la que se encontraba la medicina mental, cuestionando así los fundamentos del saber psiquiátrico dominante (Galende, 1990).

El intento por sostener la legitimidad del alienismo y las instituciones en donde se desarrollaba se tradujo, en gran parte, en la creación de las denominadas Colonias de Alienados. Justificadas bajo el principio de trabajo terapéutico, estas grandes instituciones

fueron construidas en zonas periféricas a los centros urbanos, con el objetivo de contar con amplios terrenos donde los internados pudieran realizar distintos oficios como parte de su tratamiento. Sin embargo, y a pesar de que este modelo institucional se replicó en diversos países prometiendo una alternativa al encierro clásico, en poco tiempo terminó reproduciendo las lógicas y condiciones de los antiguos asilos, revelando escasas diferencias estructurales y funcionales (Amarante, 2009).

Fue el devenir histórico del siglo XX, atravesado por las dos guerras mundiales y por los primeros desarrollos en torno a los Derechos Humanos, el que impulsó un cambio en la mirada social sobre las instituciones de encierro. Experiencias como el Holocausto, y otros horrores del período, evidenciaron de manera radical la capacidad de los seres humanos para dominar y someter a otros, instalando una reflexión profunda sobre la violencia institucional. En este marco, se hizo inevitable la comparación entre los mecanismos de represión y control ejercidos por los regímenes totalitarios y los dispositivos de encierro propios del manicomio. Galende formula esta asociación de forma directa “¿Cómo no asociar el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con los dispositivos de contención y tratamiento de las instituciones psiquiátricas?” (Galende, 1990, p. 141). Así, la realidad del hospital psiquiátrico, hasta entonces silenciada o naturalizada, comienza a revelarse con crudeza ante una sociedad que, por primera vez, empieza a visualizar y cuestionar su funcionamiento.

La guerra también dejó en evidencia que gran parte de la población internada en estos hospitales pertenecía a los sectores más empobrecidos de la sociedad. En tales circunstancias, nuevos grupos intelectuales de la posguerra revalorizaron problemas teóricos y prácticos en torno a la subjetividad, promoviendo una crítica profunda a las relaciones de poder que sostenían la práctica asilar. Entonces, la combinación entre una mayor sensibilidad social ante las formas de dominación institucional y el impulso de nuevas corrientes de pensamiento, generó las condiciones históricas para el surgimiento de un nuevo período de transformaciones psiquiátricas, que marcaría el inicio de las propuestas de reforma y desmanicomialización (Galende, 1990).

Como afirma Amarante (2009), fueron numerosas las experiencias de reforma desarrolladas en distintos países. Algunas de ellas se destacaron por su innovación e impacto, al punto de seguir siendo reconocidas e influyentes en la configuración de modelos

contemporáneos. Para su análisis, el autor propone una clasificación didáctica que agrupa dichas experiencias “en dos grandes grupos más uno” (Amarante, 2009, p. 24).

El primer grupo se caracteriza por centrar su atención en la transformación de la gestión hospitalaria, entendiendo que el fracaso de la psiquiatría se encontraba en los modos de organización institucional, y no necesariamente en sus fundamentos epistemológicos. Bajo este enfoque, se desarrollaron prácticas como la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional.

En Inglaterra, el modelo de Comunidad Terapéutica fue sistematizado por Maxwell Jones luego de la Segunda Guerra Mundial, aunque sus antecedentes se remontan a 1943 con W. Bion y Rickman, quienes, en el hospital de Northfield, implementaron grupos de discusión entre soldados con sufrimiento psíquico, práctica que denominaron “socioterapias”. Este enfoque proponía aprovechar todos los recursos institucionales disponibles, como un sistema no jerárquico y participativo de pacientes, médicos y personal auxiliar. Sus principios básicos incluían: la libertad de comunicación en todos los niveles, la promoción de espacios grupales terapéuticos, el fomento de relaciones de reconocimiento recíproco y la institucionalización de asambleas comunitarias como órganos de organización y evaluación de las actividades (Galende, 1990).

Por su parte, la experiencia francesa fue reconocida internacionalmente como Psicoterapia Institucional. Uno de sus referentes centrales, François Tosquelles, introdujo conceptos claves como el de “escucha polifónica”, que promovía la inclusión de nuevos referentes teóricos para comprender la experiencia del padecimiento psíquico, y la noción de “acogimiento”, centrada en la importancia del vínculo con el equipo terapéutico y la institución como espacio de contención (Amarante, 2009).

Paralelamente, tras la Segunda Guerra Mundial, y como parte de un movimiento de reflexión global sobre la dignidad humana, surge la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), que redefine la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición permite articular el concepto de salud con la responsabilidad estatal y reforzó el vínculo entre las condiciones sociales y la Salud Mental (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). En esa línea, la OMS recomendó adoptar el modelo inglés y transformar los hospitales psiquiátricos en

comunidades terapéuticas, aunque cada país transitó este proceso desde su particularidad histórica y política (Galende, 1990).

El segundo grupo señalado por Amarante (2009) incluye aquellas experiencias que sostienen que el modelo hospitalario se encontraba agotado y debía ser desmontado. Aquí se destacan la Psiquiatría del Sector en Francia y la Psiquiatría Preventiva en los Estados Unidos. Estas corrientes remarcan la necesidad de trabajar fuera del manicomio, sosteniendo la continuidad del tratamiento una vez otorgada el alta hospitalaria, lo que dio lugar a la creación de hospitales de día, centros de Salud Mental y talleres terapéuticos.

La Psiquiatría del Sector, iniciada en un hospital francés, partía del supuesto de que los problemas de Salud Mental no podían ser abordados únicamente desde el espacio psiquiátrico. Una de sus principales innovaciones fue la organización de equipos de trabajo interdisciplinarios responsables de todas las fases del tratamiento. El objetivo era implementar un modelo de atención no centrado en la internación, que se desarrollara en la misma comunidad, realizando la atención en el lugar donde surge la problemática y no trasladando al paciente a los asilos alejados de su lugar de residencia, lo que implicaba una ruptura con el modelo clásico de encierro (Galende, 1990).

La cuestión de que la población internada en los hospicios se encuentre atravesada por los problemas más generales de la marginación social, hizo necesario que los equipos den respuesta a toda una serie de nuevas demandas que antes quedaban fuera de la atención psiquiátrica.

En la misma línea de desmontaje del hospital psiquiátrico, la Psiquiatría Preventiva en EE.UU. promovió la intervención temprana ante signos de sufrimiento psíquico, con el fin de evitar hospitalizaciones prolongadas. Este modelo posicionó a los profesionales de Salud Mental como consultores comunitarios, abocados a detectar y tratar situaciones de crisis individuales, familiares o sociales. A partir de aquí, toma relevancia la noción de desinstitucionalización, como principio directriz de las políticas públicas en Salud Mental: la reducción de ingresos a hospitales psiquiátricos, la disminución de la duración de las internaciones y el estímulo a las altas terapéuticas (Amarante, 2009).

Estas experiencias de reforma fueron delineando los fundamentos de un nuevo modelo de atención integral en Salud Mental, caracterizado por la ruptura con prácticas

individualistas, tecnocráticas y asilares. En ese marco, el trabajo interdisciplinario se vuelve imprescindible para abordar la complejidad y heterogeneidad de las demandas que emergen en el campo.

Finalmente, el autor identifica un tercer grupo de experiencias que, en sentido estricto del término, más que reformas constituyen rupturas con el paradigma psiquiátrico tradicional: la Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática.

La Antipsiquiatría surgió en Inglaterra a finales de los años ‘50, y su denominación fue propuesta más adelante por David Cooper (1971). Esta corriente pretende sostener que la enfermedad mental no es un objeto natural, sino una construcción social que debe comprenderse en su contexto histórico y relacional. Rechazando el modelo biomédico, sus principales referentes como R. Laing criticaban el equívoco metodológico de la patologización de comportamientos (Amarante, 2009).

Por su parte, la Psiquiatría Democrática italiana se inicia en los años ‘60 con las acciones de Basaglia y su equipo, quienes inspirados en los aportes de Foucault y Goffman, se propusieron una transformación radical del manicomio. Basaglia introdujo la idea de que el manicomio era una contradicción dentro de una sociedad democrática, en tanto negaba la libertad y los derechos de quienes se encontraban internados.

El hecho de que dos siglos después de la espectacular disolución de las cadenas, propiciado por Pinel, reglas forzadas y mortificaciones, marquen todavía el ritmo de la vida de los internados, hace necesaria, para Basaglia, la búsqueda de fórmulas que tengan finalmente en cuenta al hombre en su libre elección frente al mundo. (Giannichedda en Basaglia, 2008, p. 11)

Convirtiéndose en el mayor protagonista de la experiencia, se orientó a la búsqueda de una "empatía con el enfermo", percibiendo de manera aguda y dramática, la violencia del manicomio. Basaglia desarrolla conclusiones duras y provocadoras en ensayos y conferencias, problematizando la exclusión y la institucionalización de los enfermos mentales. Su proyecto no se limitaba al cierre de los hospicios, sino que implicaba una revisión crítica de todo el aparato institucional, legislativo, científico y cultural que los

sostenía. En este sentido, afirmaba que sin repensar el rol social del médico y su responsabilidad, no era posible abandonar las lógicas de custodia (Basaglia, 2008). Su trabajo marcó un antes y un después en la historia de la psiquiatría, abriendo un horizonte posible para prácticas centradas en la dignidad, la libertad y la participación activa de las personas.

Como sintetiza Galende (1990), este reordenamiento de lo mental en el mundo, no debe entenderse como una simple modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis. La emergencia de las políticas de Salud Mental da lugar a un nuevo modelo de acción, donde el daño psíquico es interpretado desde su articulación con la vida social, y en el cual se incorporan prácticas no médicas que desplazan el centro de atención hacia la subjetividad, los vínculos y los derechos.

1.3 Contexto nacional y presentación del marco normativo

Las experiencias de reforma psiquiátrica a nivel internacional, ejercieron influencias en los debates y procesos de transformación en Argentina. Si bien el recorrido local tuvo características propias, las experiencias de la Comunidad Terapéutica inglesa, la Psicoterapia Institucional francesa, la Psiquiatría del Sector y la experiencia italiana fueron referencias clave para los equipos profesionales, académicos y militantes que impulsaron una nueva mirada sobre la Salud Mental en nuestro país.

En el caso particular argentino, el proceso de formación del Estado nacional no puede escindirse del proyecto de reforma moral y mental de la población, orientado a la construcción de un nuevo sujeto social-moral colectivo.

Durante la primera mitad del siglo XX, Argentina presentaba un estado preocupante en materia de Salud Mental. El país no contaba con una infraestructura adecuada para atender las problemáticas psiquiátricas ya que, los establecimientos existentes eran escasos y su distribución territorial profundamente desigual. Las instituciones disponibles estaban concentradas en la región central: dos hospitales psiquiátricos en la Capital Federal, tres asilos en la provincia de Buenos Aires, y un hospital y una colonia en Córdoba. La ciudad de Rosario, pese a ser una de las urbes de mayor crecimiento económico y demográfico del país, carecía por completo de dispositivos propios de internación psiquiátrica. Esta carencia

obligaba a las autoridades locales a solicitar autorización al Estado nacional para trasladar a sus enfermos mentales a otras provincias o, en casos extremos, a mantenerlos confinados en celdas policiales, en condiciones totalmente inadecuadas (Aguirre, 2014).

Frente a la necesidad urgente de alojar a los pacientes de la región litoral y descomprimir los hospitales centrales, se produjo un hecho clave para la región: el inicio de gestiones políticas por parte del entonces organizador de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral, el Dr. A. Agudo Ávila, para la compra de un edificio de la enfermería Anglo-alemana, ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Rosario. La institución había cerrado sus puertas a raíz del enfrentamiento de ambos países, y se propuso la creación de una Clínica Psiquiátrica para la docencia y la investigación (Allevi, 2018).

Luego de la compra del edificio y determinadas adecuaciones, en 1924 abre sus puertas el Asilo de Alienados de Rosario, situado en una zona significativa para la ciudad, el barrio de Pichincha, y el 1 de octubre de 1927 se realiza el acto inaugural finalizada la construcción de sus cinco pabellones.

La dirección estuvo a cargo del Dr. T. Fracassi que, junto a otros profesionales advertían una gran preocupación desde su inauguración, el poco tiempo en el que el Hospital se llenó de enfermos: “Pocos en verdad los cinco pabellones para dar asistencia a todos los enfermos mentales de la provincia. Los hechos confirman nuestra inquietud y el Hospital se llenó de enfermos, agudos unos pocos, crónicos los más, previéndose desde ya un pronto estancamiento de las admisiones” (Ciampi en Aguirre, 2014).

Fue entonces la insistencia de los médicos rosarinos lo que dio inicio a la creación de una Colonia para las situaciones crónicas, manifestando los impedimentos que se presentaban en el Hospital para que también cumpliera la función de docencia e investigación para el cual había sido creado.

En 1933, el Consejo Municipal de Rosario aconsejó la creación de una Colonia, conjuntamente con las autoridades de la Facultad de Medicina. Como resultado se habilita, en 1943, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros ubicada a unos 40 km de Rosario. Concebida bajo el modelo manicomial vigente en la época, la Colonia fue diseñada como un espacio de aislamiento, autosuficiencia y tratamiento prolongado. Su organización se estructuró en

padellones separados por género y diagnóstico, con espacios de trabajo agrícola y talleres, siguiendo los lineamientos de la psiquiatría asilar (Aguirre, 2014).

La creación de las instituciones psiquiátricas, fueron componentes centrales de un proyecto de modernización estatal más amplio, representando la inserción local de políticas sanitarias.

En tal contexto nacional, ante el modelo de atención de carácter centralista que prevalecía, es interesante identificar dos momentos significativos de impulso reformista que, en sintonía con las experiencias desarrolladas en Occidente, apuntaron a incorporar prácticas comunitarias y participativas en la atención a la Salud Mental.

El primero de estos momentos se sitúa a partir de 1946, cuando se produce un cambio sustancial en materia de salud pública en todo el país. Comienza a prevalecer la concepción del Estado como garante y prestador de la totalidad de los servicios sanitarios, lo que se materializa con la creación de la Secretaría de Salud Pública, a cargo del Dr. Ramón Carrillo. Bajo su gestión, se avanza en la institucionalización de políticas orientadas al acceso universal y equitativo a la salud, incluyendo también el área de Salud Mental.

En línea con estos cambios, en 1957 se inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), marcando un quiebre con el paradigma de "Higiene Mental" al adoptar el término "Salud Mental", más cercano a las nuevas concepciones integrales. Con el objetivo de reducir las internaciones y fortalecer la atención ambulatoria, se impulsan modificaciones institucionales y se redefine el rol de la psiquiatría. Se fomenta la creación de Centros de Salud Mental autónomos o integrados a hospitales generales mediante servicios de Psicopatología. Como sostiene Falcone, las estructuras manicomiales basadas en modelos anatomopatológicos devienen absurdas, anacrónicas e ineficaces, y se abre paso a un abordaje que concibe los procesos de salud/enfermedad como fenómenos sociales y colectivos (Falcone, 2000).

En 1978, la OMS enuncia la Declaración de Alma-Ata, que completa su concepción de salud al definirla como un derecho humano fundamental, integrando dimensiones físicas, mentales y sociales. Esta declaración apunta a ampliar la cobertura y promover la participación social, pero sus formulaciones de carácter amplio, permitieron diversas interpretaciones según los contextos nacionales. Como analizan Stolkiner y Solitario, el

contexto internacional ya evidenciaba una crisis del modelo de Estado social, dando lugar al auge de propuestas pro-mercado que impactarían directamente sobre las políticas sanitarias (Stolkiner y Solitario, 2007).

Durante el período de endeudamiento externo, las recomendaciones de los organismos financieros internacionales reconfiguraron la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS). Bajo la lógica de la costo-efectividad, el rol del Estado se redujo a la provisión de servicios básicos, trasladando otras responsabilidades al mercado. Estos cambios también afectaron las políticas de Salud Mental: la externación de pacientes psiquiátricos fue promovida sin el desarrollo adecuado de servicios ambulatorios, desplazando la carga del cuidado a las familias y comunidades sin los recursos necesarios (Stolkiner y Solitario, 2007).

Durante estos años, el campo de la Salud Mental en Argentina se configura como un entramado complejo de saberes, disciplinas, discursos y prácticas, atravesado por las luchas políticas y las recurrentes crisis económicas. El período de la última dictadura militar (1976-1983) representa un punto de inflexión, que Stagnaro (2006) denomina como el fin de la Salud Mental. La represión sistemática dejó como saldo cientos de trabajadores, profesionales y estudiantes del área desaparecidos. Las instituciones psiquiátricas, tanto hospitalarias como gremiales, como la Federación Argentina de Psiquiatras, fueron objeto de desmantelamiento y persecución, y la formación profesional quedó en manos del régimen.

Con el retorno a la democracia se abre una nueva etapa de reformas. El restablecimiento del orden institucional posibilita el resurgimiento de propuestas para la transformación del modelo de atención psiquiátrica. En este contexto, la Declaración de Caracas de 1990, impulsada por la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), marca un hito regional. El documento propone una revisión crítica del rol central del hospital psiquiátrico y promueve el desarrollo de programas de atención comunitaria, garantizando la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010).

Actualmente, la Declaración de Caracas forma parte del estatuto básico de derechos de los/as usuarios/as del Sistema de Salud Mental Argentino. Junto a otros instrumentos internacionales, constituye una referencia clave para las políticas públicas en este campo (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010).

En ese contexto, la provincia de Río Negro marca el inicio de experiencias concretas de cierre de manicomios con la sanción de la Ley Provincial N° 2440 en 1991. La misma estableció la prohibición de habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, y concibe la internación como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas (Río Negro, Legislatura, 1991).

A pesar de las resistencias de ciertos sectores, como familiares de pacientes que debieron ser derivados a otras provincias, otras jurisdicciones como San Luis, Entre Ríos, Buenos Aires y Chubut avanzaron en procesos similares de desmanicomialización, consolidando un modelo alternativo centrado en la comunidad y en el respeto por los derechos humanos.

Asimismo, la provincia de Santa Fe sancionó en 1991 la Ley Provincial N.º 10.772, normativa pionera en traducir los principios de la Declaración de Caracas a un marco jurídico operativo, ubicándola como una de las provincias pioneras en la reforma del sistema de Salud Mental en Argentina. En este sentido, es relevante señalar los aspectos principales que sostiene dicha ley en relación a los/as usuarios/as, consolidando su derecho a participar en decisiones sobre su tratamiento y reconociendo explícitamente la necesidad de respetar su dignidad, autonomía y libertad.

Más allá de que el proceso no estuvo exento de dificultades, teniendo en cuenta principalmente que fue reglamentada tardíamente en 2007, que existieron tensiones con los sectores conservadores de la psiquiatría, limitaciones presupuestarias, y resistencias institucionales, su aplicación fue particularmente significativa en Rosario, donde comenzó un proceso de creación de Dispositivos Sustitutivos a la lógica manicomial y de integración de la Salud Mental en el sistema de atención primaria.

Hoy en día, al articularse con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (en adelante LNSM), es un referente normativo clave en los procesos de desmanicomialización, en la construcción de dispositivos comunitarios y en la promoción de políticas públicas basadas en la inclusión y los derechos humanos.

En el proceso de desarrollo del nuevo paradigma en Salud Mental, el texto de la LNSM constituye una referencia central. Siguiendo a Gorbacz (2011), puede ser leída

siguiendo distintos trayectos, congruentes entre sí: establece el pasaje del paradigma de la peligrosidad al de la capacidad, reconociendo que todas las personas son capaces de tomar decisiones y a vivir en la comunidad, reservando la internación para situaciones de riesgo cierto e inminente. Asimismo, propone el tránsito de un enfoque tutelar hacia uno de derechos, estableciendo una serie de derechos de las personas con padecimientos mentales, definiendo procedimientos para su protección y fijando lineamientos para una política nacional en Salud Mental. De este modo, impulsa la superación de modelos de exclusión, integrando la atención de la Salud Mental al sistema general de salud y promoviendo la inclusión plena de las personas con padecimientos mentales.

Las legislaciones vigentes en Salud Mental, tanto a nivel internacional, nacional y provincial, cuestionan profundamente el modelo de atención basado en el encierro, la cronicidad y la exclusión. Establecen en tal sentido, que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios (OPS y OMS, 1990).

Asimismo, reconocen a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Argentina, Congreso de la Nación, 2010), y convergen en que “toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento” (Santa Fe, Legislatura, 1991), que la internación sólo debe ser indicada cuando los demás abordajes hayan resultado insuficientes y, en ningún caso, puede implicar la vulneración de otros derechos. La Ley Nacional de Derechos del Paciente N.º 26.529 (2009) refuerza el respeto por la autonomía, el consentimiento informado y la confidencialidad.

En este marco, el propósito central es la transformación efectiva del modelo de atención hacia uno centrado en el sujeto, en la comunidad y en la restitución de derechos para quienes transitan padecimientos subjetivos. El reemplazo del modelo de encierro por un sistema de atención comunitario dispuesto por este entramado normativo, interpela no sólo a las instituciones sino también a los equipos profesionales, que deben revisar constantemente sus prácticas, y asumir una posición activa en los procesos de cambio. También requiere involucrar a los usuarios/as y sus familiares o vínculos, a los distintos sectores gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil en procesos que permitan

cuestionar los procesos de discriminación hacia la locura que profundizan la exclusión y la violencia.

La vigente LNSM fue sancionada en un contexto histórico de convivencia de dos paradigmas, y en tal sentido ha sido un momento propicio. Porque su cumplimiento es posible en tanto hay actores que pueden comprenderla y apropiársela, pero también necesario, porque la realidad aún no ha cambiado todo lo necesario. (Gorbacz, 2011, p. 19)

La sanción de LNSM desde 2010 es sin dudas una herramienta necesaria, que signó un nuevo camino para el abordaje de la Salud Mental, ubicando la importancia de la dignidad humana. No obstante, su sanción no es una herramienta exclusiva que *per se* implica el desarrollo de una política pública, a 15 años de su sanción, se continúan disputando sus sentidos y la institucionalidad necesaria para su plena implementación.

CAPÍTULO II

El hospital psiquiátrico en la ciudad de Rosario: caracterizaciones sobre el Centro Regional Salud Mental Agudo Ávila

Popularmente conocido y denominado como “el Suipacha”, haciendo referencia a la calle en donde se encuentra su entrada principal, el hospital Agudo Ávila es un hospital psiquiátrico público, monovalente, perteneciente al Hospital-Escuela Centenario, único efector de internación en Salud Mental y guardia permanente que posee la ciudad de Rosario, funcionando enmarcado en la ley tanto provincial N° 10.772, como nacional N° 26.657.

Es una institución provincial ubicada en una zona céntrica de la ciudad, a metros de distancia del ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, y del Hospital del Centenario. Esta ubicación fue central para el proyecto de su fundación, con el objetivo de poder habilitar un espacio para que las Cátedras de Psiquiatría de esa Facultad desarrollen observaciones y praxis.

El hospital depende del Ministerio de Salud del gobierno de la provincia de Santa Fe en general y de la Subsecretaría Provincial de Salud Mental en particular. Se constituye como uno de los dos hospitales monovalentes de la región ubicándose como efector dedicado a la internación de situaciones agudas en Salud Mental dentro de la red del sistema público de salud.

Luego de su completa inauguración en 1927, el Hospital tenía asignada una doble función: por un lado, la de asistir a las personas que requerían atención psiquiátrica; y por otro lado, ser un instituto de enseñanza para las especialidades intervinientes en el terreno de las, por ese entonces denominadas, enfermedades mentales.

De este modo, la construcción de un Hospital de estas características en Rosario, permitió consolidar las bases institucionales del ámbito psi en la ciudad, alentando la instalación y profesionalización de la Psiquiatría como rama autónoma de la Medicina. La

irradiación regional de estos procesos es resultado de que sus principales referentes ocuparan importantes funciones en la esfera público política de Santa Fe y Argentina (Allevi, 2016).

La sanción de la Ley Provincial de Salud Mental N.º 10.772 en el año 1991 representó un hito en la historia de las instituciones de Salud Mental de la provincia de Santa Fe, al introducir redefiniciones sustanciales y proponer transformaciones profundas en el abordaje de los padecimientos mentales. Esta normativa sentó las bases de un cambio de paradigma que venía gestándose, priorizando intervenciones en clave de garantía de derechos de los pacientes y promoviendo alternativas terapéuticas menos restrictivas de la libertad, y contribuyan al mantenimiento de los vínculos familiares y sociales.

De acuerdo con estos principios, el Hospital Agudo Ávila llevó a cabo una importante resignificación institucional, cambiando su denominación por la de Centro Regional de Salud Mental (en adelante CRSM), y reflejando así una nueva orientación centrada en la atención comunitaria. Junto a esta transformación simbólica, se implementaron estrategias concretas como la ampliación de la oferta asistencial ambulatoria y la reducción progresiva del número de camas de internación.

Siguiendo este camino, la Dirección Provincial de Salud Mental se refundó en el año 2005, lo cual permitió, por un lado, dar entidad, valor y asignar presupuesto al campo de la Salud Mental y, por otro lado, avanzar en la reforma de las prácticas, a fin de humanizar la asistencia en los hospitales psiquiátricos monovalentes de la provincia (DPSM, 2022).

En consonancia con estos procesos, el CRSM continúa siendo uno de los principales efectores monovalentes públicos para internaciones por Salud Mental en la región, pero se han reformulando modalidades de atención, formas de intervención, e inclusive se llevaron adelante importantes cambios en su estructura edilicia. A partir de sus diferentes gestiones, se ha transitado un recorrido hacia formas de trabajo alternativas a la lógica manicomial, tomando aún más impulso y sostén con la reglamentación de la Ley Provincial en 2007 y la esperada sanción de la LNSM y Adicciones N° 26.657, en 2010.

El edificio del CRSM conserva algunas características arquitectónicas de la época de su construcción. En su entrada principal, un arco de gran magnitud combina rejas y un tejado rojizo, predomina a primera vista el color verde oscuro de sus puertas y postigos de los ventanales. Hacia la derecha, se ubica una pequeña puerta con acceso directo al sector de

internación, cerrada y con vigilancia permanente. El perímetro del patio se encuentra delimitado por altas rejas que permiten una vista a lo que se utiliza como estacionamiento del Centro, las salas de internación cuentan con pequeñas ventanas que casi no posibilitan visualizar el exterior.

Actualmente su funcionamiento se organiza en distintas áreas y servicios: guardia, sector de internación, dirección, área ambulatoria, enfermería, área administrativa, servicios generales, mantenimiento y, con entrada independiente, el Centro Cultural “Gomecito”, reconocido y funcionando como Dispositivo Sustitutivo a la lógica manicomial.

Es importante señalar, que en estos últimos años el CRSM ha estado atravesando un Proyecto Estratégico de Sustitución, enmarcado en el Plan Provincial de Salud Mental correspondiente, cuyo objetivo se orienta, diseñando y planificando su modo de organización interna, a convertirlo en un hospital de segundo nivel de complejidad, con perfil en Salud Mental y adicciones, integrado a una red de servicios con base comunitaria.

Es relevante mencionarlo, ya que es un proyecto de gran necesidad debido al no cumplimiento de la LNSM en cuanto al cierre definitivo de los manicomios para el año 2020, por lo cual que en el actual contexto es importante contar con lineamientos políticos y objetivos que sirvan de horizonte para las intervenciones.

No obstante estos avances, la provincia de Santa Fe aún enfrenta desafíos significativos en la consolidación de un sistema de Salud Mental comunitario. Si bien existen políticas sustitutivas a la institucionalización, su desarrollo aún no ha sido sustantivo ni ha logrado dar respuesta a situaciones de internación crónica. La limitada disponibilidad de dispositivos alternativos impide conformar un soporte real y sostenido para los planes de externación de los/as usuarios/as, lo que constituye dificultades en el proceso de transformación del modelo de atención en salud mental.

Asimismo, los prejuicios persistentes hacia los padecimientos subjetivos presentes en la sociedad, y los estereotipos atribuidos a cada actor y/o profesión dentro de las instituciones, continúan siendo barreras para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental.

De los cinco pabellones originales del hospital, solamente dos mantienen su funcionamiento con la nueva denominación de Salas de Internación, ambas de dos pisos, conservando su numeración histórica: la II y la III, y separadas por un patio interno en donde se llevan adelante diferentes actividades de recreación, encuentro entre usuarios/as, descanso, entrevistas cuando no se dispone de oficinas y también visitas de familiares. El resto de los pabellones fueron reincorporados a la Universidad para tareas académicas.

El ingreso de los/as usuarios/as a lo que podemos llamar la vida institucional es la puerta del sector de Guardia, con atención las 24 horas. Un equipo, conformado en general por un psiquiatra, y un psicólogo/a que recibe la demanda espontánea, y evalúa la situación. Si tal equipo determina que existe criterio para una internación se dispone una historia clínica (o se retoma la existente en caso de personas que ya han sido anteriormente intervenidas por el hospital) y se genera el ingreso a la institución. El sector de internación y su funcionamiento será descrito y analizado con mayor puntualidad en el apartado siguiente. Es importante remarcar que durante la temporalidad que enmarca el análisis del presente trabajo integrador, la pandemia de Covid-19, el CRSM se vio atravesado por reconfiguraciones de gran magnitud, tanto edilicias como organizativas para evitar el contagio del virus, y las mismas serán desarrolladas en el capítulo 3.

Los/as usuarios/as que ingresan al CRSM generalmente se encuentran atravesando una situación de crisis subjetiva o descompensación, por lo que su consulta puede ser espontánea o por derivación de algún efector, otros ingresos pueden ser mediante oficios judiciales.

2.1 Internación: salas de internación

La vigente LNSM (2010) dedica un capítulo completo a la temática de la internación, estableciendo los lineamientos fundamentales para llevar adelante las mismas. En sus artículos se definen los criterios terapéuticos que deben ser evaluados por los equipos interdisciplinarios, las condiciones que deben garantizar las instituciones en términos de funcionamiento y respeto de los derechos de los/as usuarios/as, así como la necesaria articulación con los organismos públicos competentes. Asimismo, la ley establece plazos

precisos para la evaluación periódica de cada situación, promoviendo la planificación de alternativas terapéuticas que prioricen la externación y la inclusión social.

Se especifica la prohibición para la creación de nuevos manicomios o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. Precisando que los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva. A tal efecto normatiza las internaciones por cuestiones de Salud Mental en hospitales generales, considerando su rechazo como acto discriminatorio.

La LNSM considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno social. En función de los criterios terapéuticos interdisciplinarios, debe ser lo más breve posible (Argentina, Congreso de la Nación, 2010).

Se contemplan dos tipos de internaciones, con consentimiento válido, o involuntarias. Las primeras cuentan con un consentimiento informado de la persona cuando se encuentre con comprensión de la situación y accede voluntariamente a ello. Mientras que la internación involuntaria sólo puede realizarse cuando a criterio de un equipo de salud exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y solicita judicialmente el ordenamiento de la internación por sobre la voluntad de la persona atendiendo al criterio de riesgo (Argentina, Congreso de la Nación, 2010).

Dentro de esta última categoría, es necesario aclarar que las solicitudes de evaluaciones para internaciones involuntarias pueden estar ordenadas por el fuero civil o por el fuero penal. Resulta relevante señalar que las internaciones dispuestas en el marco de lo establecido en el artículo 34 del Código Penal de la Nación Argentina (que exime de responsabilidad penal a quien, al momento del hecho, no pudo comprender la criminalidad de su conducta o dirigir sus acciones sea por alteración de sus facultades, por su estado de inconsciencia, o por error o ignorancia no imputables) quedan exceptuadas de las disposiciones de la LNSM, dado que dependen de resolución judicial, audiencias del Ministerio Público y dictámenes de peritos (Código Penal de la Nación Argentina, art. 34), primando el criterio jurídico por sobre la evaluación de los equipos de salud.

Este tipo de internaciones genera particular complejidad en las instituciones, ya que las temporalidades no siempre responden a criterios terapéuticos, sino a plazos judiciales. En este sentido, puede llegar un momento en que no existan demandas específicas hacia el equipo terapéutico, y la institución pasa entonces a funcionar como un lugar de detención momentáneo.

En el caso particular del CRSM Dr. Agudo Ávila, en lo que respecta a las internaciones, luego de las primeras evaluaciones realizadas por el equipo correspondiente en el sector de guardia ante las situaciones presentadas, el mismo determina la existencia de criterios para llevar adelante una internación, y se comienza organizar la historia clínica correspondiente, o se retoma una existente en caso de personas que ya han sido intervenidas por la institución.

Luego interviene un segundo equipo, durante el período abordado en este trabajo (2021) designado como equipo de estrategias terapéuticas. Este equipo realiza una segunda evaluación de carácter integral para definir si la internación continúa o se piensan alternativas para generar el alta. Este equipo está compuesto por dos trabajadores/as sociales, dos psicólogos/as y dos psiquiatras.

En el caso de que en el plazo de una semana o quince días no se pueda otorgar el alta hospitalaria, y si el equipo tratante evalúa que existe un criterio para que la internación se prolongue, la persona inicia un trayecto a la institución, para llegar al sector de internación.

El CRSM cuenta con dos salas de internación, una de varones y donde generalmente también eran derivados los usuarios con situaciones atravesadas por el marco penal, que debían transitar sus internaciones con custodia policial, lo cual implicaba una convivencia compleja con los demás usuarios y muchos debates por parte de los equipos terapéuticos. La otra sala es mixta, y en general se encuentran los/as usuarios/as de internaciones más prolongadas. En cada sala trabajan simultáneamente equipos interdisciplinarios (conformados por profesionales de psiquiatría, psicología y trabajo social), a los cuales son asignados una determinada cantidad de situaciones dependiendo de los ingresos al sector de internación que suceden semana a semana. Tales equipos se encuentran coordinados a su vez por un médico psiquiatra, con el cual se reevalúan semanalmente las estrategias y avances de cada situación.

Identificamos a este coordinador como un nexo entre los diferentes equipos interdisciplinarios.

En relación con la duración de las internaciones, la LNSM (2010) establece que éstas deben ser lo más breves posible y que, en ningún caso, deben indicarse o prolongarse para resolver problemáticas sociales o habitacionales. Sin embargo, es una cuestión que se pone en tensión de manera recurrente en la práctica profesional. En el contexto actual, muchas situaciones de internación se ven atravesadas por la inexistencia de recursos materiales y económicos, la debilidad o ausencia de lazos sociales y las dificultades de acceso a políticas públicas capaces de garantizar condiciones básicas de vida. En este marco, resulta pertinente preguntarse: ¿Es la internación realmente un último recurso terapéutico en Salud Mental?

Cuando no existe criterio clínico que justifique la internación, la institucionalización prolongada de los/as usuarios/as suele relacionarse con situaciones de marginalidad. En algunos casos, se trata de personas que han vivido muchos años dentro del hospital, o que transitan un ciclo continuo de internaciones y externaciones, representando el fenómeno del “revolving door” o puerta giratoria (Alberdi, Coll y otros, 2005).

Podemos analizar problemáticas sociales en general vivenciadas por los/as usuarios/as, que obturan los procesos de alta y tratamientos ambulatorios acompañados: ausencia de empleo y/o de experiencias laborales; Dificultades con la documentación personal, como la falta o extravío del Documento Nacional de Identidad o de otros papeles esenciales, muchas veces en posesión de familiares o en proceso de trámite; Bajo capital cultural y educativo, que limita las posibilidades de integración social; Problemáticas de vivienda, entre las que se destacan: familias que expulsan al usuario/a; familias extensas atravesadas por la precariedad económica y el hacinamiento; o contextos de violencia familiar, ejercida hacia el usuario/a o por el usuario/a hacia sus familiares; Falta de cobertura social: en ausencia de una pensión específica por padecimiento psíquico, la única alternativa suele ser la tramitación de un certificado de discapacidad, con las consecuencias de estigmatización que ello conlleva; Apoyo familiar insuficiente o condicionado, que puede adoptar distintas formas: un acompañamiento parcial e inconstante; una presencia inicial que se diluye con los años de internación; o bien un apoyo que solo se sostiene mientras continúe la institucionalización, sin mayor implicancia en la vida cotidiana del usuario/a (Alberdi, Coll y otros, 2005).

En el contexto de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de Covid-19, en paralelo al aumento de demanda de atención por situaciones de Salud Mental, ese circuito habitual de atención se prolongó debido a las medidas de prevención y control del contagio. Esta dinámica será descripta en el capítulo siguiente, pero es de relevancia mencionar que su desarrollo implicó dificultades y consecuencias, en relación a la subjetividad de los/as usuarios/as, y también en lo relativo a la transmisión de información entre los equipos involucrados. En algunos casos, varios equipos se vieron interpelados en el seguimiento de una misma situación, y se generaron desafíos importantes en la articulación interdisciplinaria y el intercambio de información para las decisiones terapéuticas.

Los fundamentos de la LNSM ponen en disputa permanente la lógica del encierro, al sostener de manera rigurosa que los plazos de internación deben disponerse y justificarse únicamente por criterios estrictamente terapéuticos, promoviendo un modelo comunitario y de inclusión social de los/as usuarios/as. Sin embargo, y en sentido a lo señalado anteriormente, la pandemia de Covid-19 generó tensiones y desafíos: las normativas de aislamiento, los protocolos sanitarios que prohibieron salidas y visitas, y el cierre temporal de muchas instituciones prolongaron los tiempos de internación, y volvieron más rígida la vida institucional, generando consecuencias significativas en la subjetividad de los/as usuarios/as.

CAPÍTULO III

La pandemia como emergente: efectos en la dinámica institucional

Este capítulo enfatiza sobre la trascendencia de la pandemia que hemos vivido o sobrevivido. En el sentido de que la propagación del virus del Covid-19 tuvo un impacto global que alcanzó a prácticamente toda la humanidad, nos permite seguir analizando la magnitud de la irrupción de la pandemia en cada dimensión de nuestra vida cotidiana, y sus consecuentes alteraciones.

La expansión a nivel mundial del nuevo virus, a inicios del año 2020, obligó a muchas personas a atravesar largos períodos de encierro en sus propios hogares, cumpliendo distintos regímenes de cuarentena y aislamiento, según las normativas resueltas por cada país. Sin embargo, para otras, que no contaban con una vivienda propia o con recursos económicos suficientes, significó enfrentar diariamente las normativas vigentes, desafiando el temor al contagio y las posibles sanciones legales.

En este sentido, la crisis sanitaria visibilizó profundas desigualdades sociales. Muchas personas se vieron forzadas a cumplir el aislamiento o sobrellevar la enfermedad en condiciones de extrema precariedad, en relación a no poseer viviendas con las condiciones de permitirle a todo el grupo familiar convivir llevando adelante los cuidados necesarios y o realizar aislamientos, el acceso limitado a la atención médica, a medicamentos necesarios, y a los recursos básicos como distribución de alimentos, copas de leche, el acceso a la información, etc.

Integrar todos los aspectos de la vida alterados por la crisis del Covid-19 resulta inabarcable para este trabajo investigativo. Por lo tanto, a continuación se proponen algunas dimensiones, centrándonos en el objetivo de este trabajo: la pandemia como crisis sanitaria, biológica y social; la respuesta sanitaria nacional argentina frente a la emergencia; y los procesos de reestructuración del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario para la atención a los/as usuarios/as del sector de internación.

3.1 El fenómeno que cerró el mundo

El brote del virus que desencadenó la pandemia de Covid-19 se originó en la ciudad de Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019. En un primer momento, se presentó como un conjunto de casos de neumonía atípica, caracterizados por graves dificultades respiratorias y, en algunos casos, causando la muerte de los pacientes. A comienzos del 2020, el nuevo virus comenzó a propagarse desde Asia hacia el resto del mundo, y el 11 de marzo de ese año, la OMS declaró oficialmente el brote como una pandemia, luego de que el número de personas infectadas a nivel global alcanzara los 118.554 casos, con 4.281 muertes registradas en 110 países (Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, 2020).

La situación de crisis sanitaria, biológica y social que generó la pandemia de Covid-19 a escala mundial, forzó una interrupción abrupta de las formas habituales de vivir, sentir y vincularnos. Esta crisis sin precedentes nos presentó la necesidad de construir y adaptarnos a “nuevos modos” de existencia individual y colectiva.

El concepto de crisis expresa el tránsito de una situación a otra. “Las crisis se extienden en periodos cuyas características más relevantes son los cambios que se producen. Esencialmente refiere a un período signado por transformaciones cuyo desenlace desconocemos” (Benyakar, 2006 en Arito; Imbert; otros, 2020, p. 19).

En gran parte del mundo se prohibieron las reuniones y eventos sociales, se suspendieron las clases presenciales en todos los niveles educativos, se cancelaron encuentros culturales, deportivos y religiosos, y se cerraron comercios de diversos rubros. Las calles quedaron vacías ya que solo se permitía la circulación de quienes contaban con permisos especiales por desempeñar tareas o trabajos considerados esenciales o por motivos estrictamente necesarios.

Desde entonces, comenzamos a transitar lo que se denominó la “nueva normalidad”, una etapa que transformó profundamente nuestra vida cotidiana. El uso de barbijos o tapabocas, mascarillas faciales, alcohol en gel y el distanciamiento físico pasaron a ser parte del día a día. La rutina se vio atravesada por un flujo constante de información y datos, muchas veces contradictoria y confusa, de las más diversas corrientes. En Argentina se

transmitían reportes diarios del Ministerio de Salud, lo que incluía el seguimiento de la curva de contagios, el recuento de casos positivos y fallecimientos, la preocupación por el colapso del sistema sanitario, especialmente de las camas de terapia intensiva.

En un contexto de total incertidumbre respecto del futuro, y tras los primeros meses de una espera más bien pasiva a las distintas informaciones, nos vimos en la necesidad de adaptar diversos aspectos de nuestra vida cotidiana al universo de la virtualidad. El trabajo y los estudios comenzaron a desarrollarse en plataformas digitales, dependiendo en gran medida de los recursos tecnológicos disponibles en cada hogar e institución.

Asimismo, el acceso a la tecnología en los hogares fue un factor determinante, ya que no todas las familias contaban con las mismas condiciones de conectividad, cantidad de dispositivos o conocimientos para desenvolverse en esos nuevos formatos. En los casos en los que las instituciones educativas no pudieron implementar plataformas virtuales, se optó por alternativas como el uso de materiales de formato papel impresos (lo cual implicó el armado de una logística especial para su envío o recepción) o el envío de tareas a través de aplicaciones de mensajería telefónica como WhatsApp o E-mail, con el fin de sostener, al menos parcialmente, el vínculo pedagógico y las actividades escolares.

Este nuevo escenario no solo implicó transformaciones organizativas, sino que también produjo un profundo impacto emocional y psicosocial. Para mantener el contacto con familiares y amistades, se realizaban con mayor frecuencia llamadas prolongadas o videollamadas. Sin embargo, muchas personas atravesaron situaciones de angustia, ansiedad, soledad y otras manifestaciones de malestar, como consecuencia del aislamiento.

Compartiendo los aportes de Butler (2020), indudablemente la pandemia de Covid-19 nos ha demostrado que la comunidad humana es igualmente frágil frente a un virus que nos trata por igual, poniéndonos del mismo modo en riesgo, y en un mundo de inminente amenaza. Sin embargo, esta supuesta igualdad ante el virus se ve rápidamente socavada por las desigualdades estructurales que organizan nuestras sociedades.

La pandemia no solo puso de manifiesto nuestra vulnerabilidad común como seres humanos, sino que también expuso, y en muchos casos agravó profundas asimetrías sociales, manifestando la sistemática desprotección de algunas vidas. Butler (2020) señala que las múltiples formas de opresión y violencia comprendidas en lo que denomina como

desigualdad radical, que incluye el nacionalismo, la supremacía blanca, la violencia contra las mujeres, las personas queer y trans, y la explotación capitalista, y podríamos agregar los fuertes prejuicios sociales aún existentes alrededor de los padecimientos subjetivos, han encontrando nuevas formas de reproducción, consolidación y profundización en el contexto de la pandemia.

Si bien la pandemia fue un acontecimiento inédito en el contexto histórico reciente, en este trabajo resulta interesante analizarla conceptualmente dentro de las categorías de emergencia, desastre y catástrofe (en adelante EDC), “como procesos entendidos, fundamentalmente, a partir de las interacciones entre las condiciones sociales, naturales y ambientales” (Arito; Imbert; otros, 2020, p. 15).

Desde este enfoque es que debemos pensar en los efectos que se produjeron, y cuyas consecuencias todavía no han terminado, no sólo en el ámbito sanitario y epidemiológico, sino también en el político-gubernamental, en el ámbito doméstico y subjetivo, científico y académico que fueron atravesados por la pandemia.

Las EDC se distinguen según el número de víctimas, los daños que provocan, la ayuda que se requiere, entre otros. En común tienen el hecho de constituir situaciones que irrumpen en la vida social, impregnando los múltiples aspectos de la existencia de una comunidad. El modo en que se define la situación es de suma importancia para los profesionales que deben operar en ella, ya que el carácter que se le otorgue condicionará las posibles intervenciones y movilizaciones de recursos (Arito; Imbert; otros, 2020).

Alicia Stolkiner desarrolla el concepto desastre y catástrofe indistintamente como “un acto de la naturaleza o del hombre, cuya amenaza es de suficiente gravedad y magnitud para justificar asistencia de emergencia, rebasando en una comunidad determinada su capacidad de respuesta” (Stolkiner en Arito; Imbert; otros, 2020).

Emergencia presupone, etimológicamente, salir, entendiéndose como el tránsito de un estado a otro. Es el enfoque psicosocial de Pampliega de Quiroga (1986), que caracteriza a la emergencia social como “la modificación súbita y significativa de las condiciones materiales y sociales de existencia de una comunidad, y al impacto que dicha modificación provoca en sus miembros” el que nos permite vincular a la pandemia de Covid-19 con tal concepto para analizarla en términos de su irrupción repentina, su amenaza y los riesgos para la vida.

Asimismo, los conceptos de desastre y catástrofe aportan herramientas centrales para el análisis, en el sentido que describen la situación en que los recursos habituales no han sido suficientes para dar respuesta a las demandas, por lo que se requirió ayuda y apoyo adicional a nivel mundial.

3.2 Respuesta sanitaria nacional

En Argentina, la emergencia sanitaria, biológica y social por la pandemia de Covid-19 fue gestionada por el Poder Ejecutivo Nacional inicialmente a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N.º 260/2020, que amplió la emergencia pública en materia sanitaria previamente establecida por la Ley N.º 27.541 en diciembre del 2019. Poco después, se decretó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (en adelante ASPO) mediante el DNU N.º 297/2020, la medida denominada por todos/as como cuarentena.

La intervención ante situaciones de emergencia, desastre y catástrofes implica enfrentarse a fenómenos complejos desde un punto de vista psicosocial, y en esa complejidad participan factores culturales, políticos, económicos, legales, institucionales, entre otros, por lo que no existen recetas de cómo trabajar. (Arito; Imbert; otros, 2020, p. 13)

La noche del 19 de marzo de 2020, el entonces presidente Alberto Fernández anunció su inicio en Argentina. Un estricto ASPO, que comenzaría a regir desde la medianoche y se extendería, en principio, hasta el 31 de marzo. Sin embargo, con el correr de las semanas y frente al aumento sostenido de contagios, el aislamiento fue prorrogándose de manera quincenal sucesivamente.

A partir del DNU N.º 297/2020, el gobierno nacional argentino expresó con claridad su posicionamiento frente a una crisis sanitaria y social sin precedentes. En dicho documento, se destacó la necesidad de implementar medidas oportunas, basadas en la evidencia disponible, con el propósito de mitigar la propagación del virus y reducir su impacto sobre el sistema de salud.

El decreto subraya que, “toda vez que no se cuenta con un tratamiento antiviral efectivo, ni con vacunas que prevengan el virus, las medidas de aislamiento y distanciamiento social obligatorio revisten un rol de vital importancia para hacer frente a la situación epidemiológica” (Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, 2020).

En este marco, con el objetivo de proteger la salud pública como una obligación inalienable del Estado nacional, se dispuso el ASPO para todas las personas que habiten en el país o se encuentren en su territorio. Durante su vigencia, se estableció que los ciudadanos debían permanecer en sus residencias habituales o en el lugar donde se encontraran al momento de la entrada en vigor del decreto, y abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo, salvo en los casos de actividades consideradas esenciales.

Estas normativas sentaron las bases de una estrategia nacional centrada en disminuir la transmisión del virus. En este marco, se priorizó la prevención de contagios, la reorganización del sistema de salud y la protección del personal sanitario, considerado esencial en este contexto de emergencia. Se impulsaron muchas medidas de control epidemiológico: cierre de fronteras, restricciones de circulación, suspensión de todas las actividades sociales presenciales y limitaciones a la actividad económica.

Prevenir el contagio del virus se constituyó como el fundamento de todas las medidas, disposiciones y reglamentaciones de emergencia decretadas por el gobierno nacional durante la pandemia, adoptadas por los distintos gobiernos provinciales y municipios. Sin embargo, la constitución de cada sujeto como potencial portador del virus, incluso sin presentar síntomas, transformó el lazo social, generando una percepción constante de amenaza. Una de las principales consecuencias sociales de este enfoque fue la instalación de un estado generalizado de pánico, alimentado por elevados grados de angustia e incertidumbre. El carácter invisible y asintomático del virus incrementó la sensación de riesgo colectivo.

Uno de los desafíos más críticos durante la pandemia en Argentina fue evitar la saturación del sistema de salud, especialmente de las camas de terapia intensiva. Esta situación puso en evidencia limitaciones estructurales y la necesidad de reorganizar recursos humanos y materiales.

Ante la rápida propagación del virus de Covid-19, los gobiernos de China, Rusia y Estados Unidos impulsaron de manera urgente el desarrollo de vacunas capaces de reducir la

gravedad de las infecciones y frenar el contagio. Para acelerar este proceso, las agencias reguladoras ajustaron sus procedimientos habituales, flexibilizando los protocolos científicos. Simultáneamente, los Estados realizaron importantes inversiones públicas para financiar la investigación y el desarrollo de vacunas, y ampliar la capacidad de fabricación a nivel global (Ugalde, Hellman y Homedes, 2022).

Este desarrollo acelerado dio lugar a la aplicación masiva de vacunas en tiempos récord, incluso antes de contar con evidencia suficiente sobre su seguridad y eficacia en ciertos subgrupos poblacionales. En ese contexto, comenzaron a reportarse efectos adversos inesperados, y además, persisten interrogantes respecto a la duración de la inmunidad conferida y su efectividad ante nuevas variantes del virus (Ugalde, Hellman y Homedes, 2022).

Existió una gran desigualdad en el acceso global a las vacunas, y uno de los principales factores fue que los países de mayores ingresos, frente al escenario de tal emergencia, acapararon dosis a través de acuerdos de compra anticipada, relegando a segundo plano los mecanismos internacionales que se habían creado con el objetivo de garantizar una distribución más justa y equitativa.

En 2021, con la llegada de las primeras vacunas a Argentina, algunas jurisdicciones como la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe, Santiago del Estero y Jujuy, iniciaron un retorno progresivo a la presencialidad en determinadas actividades. De forma gradual, comenzaron a implementarse ciertas flexibilizaciones, y marzo se estableció bajo decreto nacional el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio, medida popularizada bajo las siglas: DISPO en 19 provincias del país, permitiendo el regreso parcial de algunas actividades, siempre bajo el cumplimiento estricto de protocolos sanitarios.

Sin embargo, en mayo de ese mismo año, comenzó lo que se denominó la “segunda ola” de contagios, con una escalada abrupta de casos positivos, y ante el riesgo de colapso del sistema sanitario, el gobierno nacional decidió implementar una nueva cuarentena estricta algunas semanas, que fue la última de esas características en el país.

Bajo los protocolos que se iban reglamentando en el territorio nacional, las instituciones de salud del primer nivel de atención transformaron de forma radical sus dinámicas de trabajo, orientando sus esfuerzos prioritariamente hacia la prevención,

detección y tratamiento del Covid-19. En tal escenario, marcado por la alta complejidad e incertidumbre, la pandemia puso en evidencia la sobrecarga del personal de salud en general, quienes debieron sostener la atención en diferentes condiciones de trabajo y ante el riesgo del contagio.

El artículo 6 del DNU N° 297/2020 estableció el listado de actividades declaradas esenciales durante la emergencia sanitaria. De este modo, las personas dedicadas a dichas tareas quedaron exceptuadas tanto del cumplimiento del ASPO como de la prohibición de circular (Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, 2020).

Los profesionales de la salud fueron designados como trabajadores esenciales durante la pandemia. En este marco, se estableció como prioritario garantizar el suministro de elementos de protección personal en cada efector y la capacitación en las medidas de cuidado necesarias para el desarrollo de las tareas.

Diversos episodios históricos evidencian la dependencia de la sociedad respecto del personal de salud, donde el recurso humano y su formación profesional resultaron fundamentales para atender y responder a diferentes crisis sanitarias. Sin embargo, como señala Testa (2018), “un amplio abanico de prácticas establecidas en los «etcétera del cuidado» sostienen, en gran medida, el trabajo en salud. Si bien esas tareas, al ser vistas como continuidades del dominio doméstico, resultan desvalorizadas y mal remuneradas, no obstante materializan dimensiones afectivas y éticas que son fundamentales en la producción de cuidados” (Camarota y Testa, 2021, p.12).

En este sentido, entendemos el concepto de esencialidad como una categoría que se renueva y redefine en función de las particularidades de cada contexto y situación. Tal como plantea Panaia (2008)

“no existen profesiones estables, de modo tal que son procesos caracterizados por la estructuración y la desestructuración, donde pesan los factores históricos, los contextos culturales, jurídicos y las coyunturas políticas. En rigor, las profesiones no son estáticas, sino que guardan una relación dinámica entre las instituciones, la organización de la formación, la gestión de la actividad y de las trayectorias y las

biografías individuales en el perímetro donde se construyen y deconstruyen las identidades profesionales, sociales y personales”. (Panaia en Cammarota y Testa, 2021, p.11)

El campo de Salud Mental en conjunto, sus instituciones, profesionales y usuarios/as, se vieron atravesados por los impactos que la pandemia generó, tanto en términos de los desafíos para la continuidad de los tratamientos, la atención a distancia, la adaptaciones institucionales y edilicias, como para el sostenimiento de los vínculos en tal contexto de aislamiento e incertidumbre.

Si bien la LNSM N° 26.657 proyectó el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes y su reemplazo por Dispositivos Sustitutivos centrados en la comunidad para el año 2020, la realidad es que a lo largo del país aún existen instituciones monovalentes de internación por motivos de Salud Mental y adicciones.

En este sentido, en el contexto de la pandemia de Covid-19, el Ministerio de Salud de la Nación reglamentó un “Protocolo para ingresos y reingresos en establecimientos y servicios de internación en salud mental y adicciones en el marco de la emergencia Covid-19”, estableciendo las normativas y ajustes que se debían seguir en los servicios, detallando la excepcionalidad de la medida, y no debiendo implicar ningún retroceso en los derechos de las personas (Argentina, Ministerio de Salud, 2020).

Este protocolo, difundido en mayo del año 2020, determinaba que cada establecimiento debía organizar un Comité de Emergencia o Crisis, elaborar un protocolo propio tomando como base tal documento y las indicaciones de la autoridad sanitaria local, y asegurar la capacitación de todo el personal en la utilización del protocolo y en las medidas de seguridad. En el CRSM Dr. Agudo Ávila la conformación del Comité de Crisis fue una de las primeras medidas instituidas con el objetivo de acompañar las decisiones de la gestión. El objetivo era que todos los sectores del hospital estuvieran representados en la toma de definiciones ya que era un escenario de completa incertidumbre y se debía debatir el modo de llevar adelante el cuidado. Estuvo integrado por representantes de todos los sectores, desde servicios generales hasta la dirección, el sector profesional, el sector administrativo, y en algunos momentos también formaron parte representantes gremiales.

Los principales puntos del protocolo reglamentado por el Ministerio de Salud para ingresos y reingresos de personas en sectores internación fueron: Realizar un chequeo médico-clínico general de cada persona antes del ingreso, y en caso de ser identificada como caso sospechoso de Covid-19, proceder de acuerdo a las recomendaciones vigentes; En caso de necesidad de internación, se deberá garantizar un distanciamiento físico durante 14 días, asegurando la comunicación con sus referentes afectivos a través de distintos medios como teléfono u otros; Durante el período de distanciamiento físico se deberá garantizar el inicio del tratamiento; En caso de que, luego del distanciamiento, sea necesario prolongar la internación, la persona podrá continuar con su plan terapéutico en las habitaciones generales de la institución, y si se resolvieran los motivos que determinaron su internación, la persona deberá ser externada (Argentina, Ministerio de Salud, 2020).

Durante la pandemia, la demanda de contención y asistencia por situaciones de Salud Mental se acrecentó aceleradamente, y comenzó a solicitarse que la mayor parte de esas demandas se concentraran nuevamente en instituciones monovalentes. De este modo, se interrumpió el trabajo que venía orientado hacia la ampliación de la atención en hospitales generales, y además generó una fuerte sobredemanda en dichas instituciones.

La OMS estableció el fin del Covid-19 como emergencia sanitaria internacional el 5 de mayo de 2023, a más de tres años de haber declarado su inicio. Actualmente la experiencia pandémica parece difuminarse, alejarse. Sin embargo, las importantes consecuencias que resultan de acontecimientos imprevisibles como ha sido la pandemia, hacen necesario evaluar, cuestionar, y poner en diálogo las políticas actuales, particularmente en materia de Salud Mental, las estrategias construidas, los procesos de trabajo seguidos, a fin de priorizar la dignidad de los sujetos con quienes trabajamos. En el sentido de poder observar que, como considera Castel, en muchos casos, los sujetos con los que trabajamos ya están convencidos que han sido relegados, impotentes para dominar su porvenir en un mundo cada vez más cambiante, siendo este, en palabras del autor, “un poderoso factor de aumento de la inseguridad” (Castel, 2015, p. 67).

3.3 Reestructuración del Centro Regional Salud Mental Dr. Agudo Ávila

A fin de poder analizar los efectos de la pandemia de Covid-19 en el CRSM, así como las implicancias y tensiones que se generaron en los procesos de trabajo con los/as usuarios/as del sector de internación, a partir de las normativas sanitarias e institucionales vigentes durante ese contexto; el presente apartado retoma material producido en el marco de prácticas pre profesionales realizadas en el año 2021 a partir de registros de observaciones y participación en diferentes actividades, así como la lectura de documentos.

Complementariamente, se realizaron este año (2025) dos entrevistas semiestructuradas a informantes clave de la institución: Laura Coll, Trabajadora Social en función de gestión (Subdirectora del hospital durante el período analizado), y María José Rodríguez Peña, Trabajadora Social del equipo de Internación en el mismo período.

Ante la pandemia de Covid-19, el CRSM Dr. Agudo Ávila debió reestructurar de manera rápida y profunda su modo de funcionamiento en concordancia con las normativas generales dispuestas por el Ministerio de Salud. El desafío central fue garantizar la atención a los/as usuarios/as, priorizando al mismo tiempo la prevención de los contagios y los cuidados sanitarios que exigía el contexto epidemiológico, tanto para los pacientes como para el conjunto del personal de la institución. La urgencia sanitaria se volvió el criterio organizador.

Si bien el Ministerio de Salud estableció parámetros protocolares para la sociedad y las instituciones, necesarios en un escenario de tanta incertidumbre para generar orden y garantizar su cumplimiento, la gestión del CRSM debió asumir el desafío de traducir esos lineamientos a su propia realidad institucional. Esto implicó, tal como señaló la subdirectora, otorgarles condiciones de posibilidad concretas: decidir de qué manera implementarlos, en qué tiempos hacerlo y bajo qué lógicas sostenerlos, considerando tanto las particularidades del hospital como las necesidades de los usuarios/as y de los equipos profesionales.

El equipo de gestión del CRSM se encuentra conformado por un/a director/a, un/a subdirector/a y un/a representante del Estado. Sus funciones abarcan desde la organización del trabajo cotidiano y la definición de los modos de asistencia en Salud Mental, hasta la revisión de la lógica de las salas de internación y de la guardia, así como también la gestión

administrativa y del personal. Sin embargo, con la irrupción de la pandemia, muchas de las discusiones institucionales en torno al modelo de atención quedaron postergadas por la necesidad inmediata de responder a la emergencia sanitaria.

Como efecto del contexto y en cumplimiento del protocolo establecido por el Ministerio de Salud para las instituciones monovalentes, se implementó en el CRSM un Sistema de Cuidados-Covid interno. Una de las primeras medidas en este marco fue la instalación de un container como dispositivo extra-institucional, destinado a funcionar como Sector de Aislamiento y espacio de Triage, es decir, de clasificación y priorización para la atención urgente de los pacientes. Allí se evaluaba a toda persona que ingresara por la guardia y, en los casos en que se detectaran síntomas compatibles con Covid-19, se disponía su aislamiento preventivo.

Si se determinaba que existía criterio para prolongar la internación, las personas debían permanecer 14 días en ese sector, ya que se consideraba el período en el que podían manifestarse síntomas. Esta medida no fue sin consecuencias para los/as usuarios/as, ya que los espacios para ese tránsito eran pequeños y debían interactuar con distintos equipos profesionales, lo que a veces generaba desorientación y malestar.

“En ese contexto, fue una definición institucional tomar un ala de la Sala 3 y transformarla en ese sector. En su momento se recibieron críticas, porque eso parecía como de mayor grado de encierro, pero estaba dispuesto para el cuidado, porque si había algo que garantizar era el cuidado de las personas que ingresaban a la institución”. (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025)

El Comité de Crisis fue una herramienta central de organización durante todo el período de pandemia para el CRSM. Si bien se habían establecido días fijos de reunión semanal, las particularidades del contexto hizo que se realizaran también encuentros de urgencia frente a sucesos imprevistos, modificaciones de protocolos o necesidades de discusión inmediata. La importancia del Comité se ubica también en su carácter representativo ya que participaban referentes de todos los sectores del hospital. De este modo, se buscaba garantizar la circulación de una información clara y homogénea hacia todos los

equipos, permitiendo que las decisiones se replicaran y sostuvieran en las prácticas cotidianas de la institución.

Una de las reorganizaciones edilicias más significativas que se llevaron adelante fue la colocación de un panel divisor en el patio central del CRSM. Esta división tuvo como finalidad separar las salas de internación que anteriormente compartían ese espacio común y así, evitar la circulación y los encuentros entre usuarios/as de distintas salas. Esta medida se llevó adelante a través de una jornada artística donde se les propuso a los/as usuarios el diseño y la pintura de un mural a cada lado del panel. “Se trataba de trabajar lo posible en ese contexto, y hacer parte a cada uno de los integrantes de la institución, sean trabajadores, usuarios/as de medidas que fueran repositivas en ese sentido” (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025).

Por supuesto, fue una medida que implicó consecuencias, en relación a las preguntas y la preocupación de los usuarios/as por sus vínculos de la otra sala. En la misma línea, también se modificó la disposición de las comidas, para reducir el contacto entre los diferentes grupos, lo que implicaba que una sala ya no tenga acceso al sector del comedor:

“Pudimos observar que al no estar dispuesto un espacio de ese modo, se desordenó un poco esa rutina que estaba más establecida previamente, pero que más allá de su rigidez implica habitar diferente una comida, con compañeros, en una mesa y con sillas”. (Rodríguez Peña - TS de internación, entrevista 2025)

A partir del estricto establecimiento de normas respecto de los circuitos de circulación, salidas, visitas, etc. que muchos/as usuarias tenían previo a la declaración de la pandemia, diferentes prácticas e intervenciones importantes que venían desarrollando junto a los equipos profesionales en relación a posibles externaciones, el desarrollo de su autonomía y revinculaciones sociales debieron ser interrumpidas. Al respecto una de las entrevistas refiere que:

“Había que evitar por protocolo el intercambio con personas que estuvieran afuera, salvo los profesionales que entrábamos y salíamos, que igualmente seguíamos cierto protocolo. Lo primero era evitar el contagio del Covid. En el contexto de la pandemia,

en el monovalente, el vínculo con familiares o afectos fue muy limitado”. (Rodríguez Peña - TS de internación, entrevista 2025)

En relación a los elementos de protección, los profesionales del hospital contaban con dos barbijos descartables al inicio de cada jornada laboral (y la posibilidad de solicitar más) que eran entregados en portería. También era obligatorio el uso de la máscara acrílica, además de los suministros de alcohol que se encontraban disponibles en todos los espacios. Es importante destacar que los usuarios que se encontraban internados sólo utilizaban el barbijo si debían salir del hospital por alguna salida excepcional o con pretexto médico.

“Es cierto que no era algo cómodo para trabajar, y que generaba mucha más distancia con los usuarios/as. ¿Cuánto de lo gestual se pierde cuando parte de la cara de uno está tapada no? La mirada puede decir mucho pero hay cosas que se perdían”. (Rodríguez Peña - TS de internación, entrevista 2025)

La pandemia implicó, en un primer momento, la suspensión abrupta de todas las actividades grupales y comunitarias de salud mental que se desarrollaban de manera presencial. Si bien el aislamiento fue una experiencia difícil para la mayoría de las personas, en el caso de los/as usuarios/as del CRSM su impacto fue especialmente profundo: la interrupción de salidas, talleres comunitarios, actividades culturales y visitas familiares significó un quiebre total en sus rutinas y procesos de socialización. Es fundamental señalar que, para quienes atravesaban padecimientos subjetivos, resultaba particularmente complejo comprender en toda su dimensión las medidas de cuidado vinculadas a la pandemia.

Durante el período analizado, las visitas y salidas se encontraban suspendidas, lo que redujo al mínimo los contactos de los/as usuarios/as del CRSM con sus familiares y afectos: quedó habilitado la recepción de paquetes o regalos, las llamadas telefónicas o encuentros reducidos en el patio del hospital, a través de una reja y con el uso de los elementos de protección. Frente a esta situación, desde la gestión y los equipos de profesionales fue imprescindible buscar alternativas y generar nuevas estrategias que hicieran posible sostener la dimensión relacional en medio de tales restricciones. Tal como lo expresa Laura Coll, Subdirectora del CRSM: “hubo que inventar las maneras de entender o de hacer lugar a ese

modo del encierro, encontrándole la vuelta, para no dejar de trabajar la posibilidad de enlazarse” (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025). Los dispositivos tecnológicos con los que se contaban, el mejoramiento del equipamiento telefónico en el hospital y la conexión a internet, y el acompañamiento de los equipos profesionales para su uso fueron recursos claves para los/as usuarios/as frente a las distancias.

Una vez establecidos los parámetros protocolares, las medidas y normativas de cuidado se modificaban constantemente en función de los cambios del escenario sanitario. Esto exigía generar comunicaciones permanentes con los/as usuarios/as. Frente a ello, uno de los pedidos de los equipos de trabajo hacia la gestión del hospital fue que la misma lleve adelante la transmisión de dichas disposiciones, ya sea a través de comunicados de carácter general y/o oficial, o de intervenciones más particulares según la situación. De esta manera, se buscaba diferenciar los roles dentro de la institución y, al mismo tiempo, permitir a los equipos acompañar a los/as usuarios/as en la comprensión de las normativas que todos debíamos acatar por igual.

En este sentido, Laura Coll refiere:

“Como gestión se habilitaba cada vez que fuese necesario. Atendiendo a que es el modo particular que requiere esta institución para dar tratamiento a esas cuestiones, las normas no entran por que estas dichas o escritas, entonces esos procesos había que acompañarlos, y también flexibilizar en los momentos en los que considerábamos que había que hacerlo, haciendo lugar a pedidos particulares”. (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025)

La modalidad de trabajo que se intentó implementar en el Agudo Ávila, al igual que en la mayoría de las instituciones de la ciudad, a partir de las normativas del ASPO, fue la virtual y/o telefónica. Estas estrategias se orientaron principalmente al sostenimiento de los tratamientos en curso, a mantener el vínculo de los usuarios/as con su efector de salud correspondiente, o crearlo para luego de las altas, y a la gestión de necesidades básicas como alimentos y vivienda. Sin embargo, su puesta en práctica estuvo atravesada por múltiples dificultades: la falta de insumos y equipos adecuados para los profesionales, y las profundas desigualdades en el acceso a tecnologías de los/as usuarios/as y sus familias.

En el área de internación del CRSM, los equipos profesionales debieron recurrir en general a sus propias herramientas tecnológicas como celulares, computadoras personales e incluso sus abonos de internet debido a la falta de una conexión estable de wifi en algunos sectores del hospital. Si bien esta situación generaba tensiones y discusiones, su utilización resultó indispensable, ya que durante un largo período fue la única vía posible de comunicación intra e interinstitucional. De esta manera, fue posible continuar elaborando estrategias terapéuticas en tal contexto.

“Fue un contexto que generó muchas dificultades para construir equipo con los compañeros. Cada equipo de internación tenía su consultorio como lugar de encuentro y no había mucha posibilidad de trabajo con otros o de construcción del trabajo interdisciplinario por fuera del equipo, como el trabajo con enfermería, que se vio bastante limitado”. (Rodríguez Peña - TS de internación, entrevista 2025)

En el transcurso del año 2021, algunas normativas comenzaron a flexibilizarse a partir de dos factores centrales: el avance del plan de vacunación, y la transición del ASPO al DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio). Estas modificaciones habilitaron la posibilidad de que los/as usuarios/as con menor vulnerabilidad clínica pudieran retomar, de manera gradual y en beneficio a su tratamiento, ciertos circuitos interrumpidos. En ese sentido, se comenzaron a realizar visitas familiares/afectivas en el patio del hospital con el uso de los elementos de protección, así como salidas excepcionales justificadas, lo que permitió reactivar instancias de encuentro y socialización fundamentales.

Sin lugar a dudas, el contexto de pandemia implicó múltiples obstáculos, pero también abrió ciertas posibilidades. Tal como señala Laura Coll:

“lo habilitador fue hacer uso de los recursos económicos disponibles para afrontar el contexto de pandemia. Declarada la emergencia, se tomaron decisiones y se realizaron gastos altamente justificados en virtud no solo del cuidado sanitario, sino también para mejorar las condiciones de la atención en Salud Mental”. (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025)

Algunos cambios en este sentido fueron: la ampliación del plantel de servicios de limpieza, para que se pudieran cubrir las 24 hs, lo que quedó como una modificación estructural; la ampliación de algunos puestos de enfermería; la compra de insumos de entretenimiento; y el armado de un equipo llamado Equipo Transversal, con la contratación de un plantel de acompañantes terapéuticos, que tenía por objetivo acompañar la escena institucional desde las 14:00 hasta las 20:00 hs., lo que dio una “respuesta histórica a una ausencia histórica” (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025).

En términos generales, el repliegue hacia el interior de la institución que implicaron aquellos años dejó consecuencias que aún hoy pueden observarse y analizarse. “Fue un obstáculo importante, obstáculo que no quiere decir imposibilidad: es un escollo más a sortear, que nos permitió, y nos exigió crear condiciones de posibilidad para no suspender lo que creíamos que tenía que estar garantizado” (Coll, Laura – Subdirectora CRSM, entrevista 2025). La necesidad de replicar el encierro como medida de cuidado, particularmente en el campo de la Salud Mental, no estuvo exenta de tensiones, ya que contrasta con los esfuerzos por instalar y consolidar un modelo de atención alternativo.

Reflexiones finales

“Esta pandemia, como crisis, implica una oportunidad. Oportunidad de revalorizar el lugar del Estado, de entender de manera mucho más profunda el componente social de los temas que atraviesan al Sector Salud, de recuperar lo Colectivo, de resignificar la noción de Salud como Proceso histórico y Social y de construir más y nuevas formas de hacer”. (Carballeda, 2020)

Los aportes conceptuales de crisis y emergencia social resultan herramientas referenciales para el análisis del contexto de la pandemia de Covid-19. Ander-Egg (1995) define la crisis como “un disturbio producido en una situación coyuntural, precipitado por un problema que provoca un desbalance interno para el cual no son suficientes los mecanismos disponibles que se han utilizado en momentos similares de resolución”. Por su parte, entiende la crisis social como “aquella situación de desafío y enjuiciamiento que una estructura social se plantea en su normal desarrollo con una categoría y tipo de problemas que no puede resolver sin transformarse” (Ander-Egg, 1995, p. 25).

En línea complementaria, Quiroga (1992) caracteriza la emergencia social como “la modificación súbita y significativa de las condiciones materiales y sociales de existencia de una comunidad, y el impacto que dicha modificación provoca en sus miembros” (Quiroga, 1992, p. 233). Señala además que estas situaciones generan una “ruptura con la cotidianidad, frente a la cual las formas habituales de organización y respuesta resultan insuficientes. La población queda entonces sometida a una exigencia adaptativa masiva, que implica redefinir de manera inmediata las pautas de conducta” (Quiroga, 1992, p. 234).

Desde esta perspectiva, comprendemos que la pandemia de Covid-19 constituyó una emergencia sanitaria y social que demandó la intervención de múltiples actores, en especial del Estado, para la planificación de estrategias y medidas que proponían un efecto inmediato (disminuir contagios), como la implementación del ASPO o cuarentena, y otras de carácter más estructural y respecto a la inmunología de la sociedad, vinculadas al desarrollo, financiamiento, distribución y aplicación de las vacunas.

En Argentina, la urgencia sanitaria de reducir los contagios fue el criterio organizador para la planificación política, para la vida cotidiana, y para la reestructuración de las instituciones sanitarias. En este marco, se difundieron consignas normativas generales y protocolos que buscaban ordenar el escenario de tanta incertidumbre. Sin embargo, es fundamental subrayar que dichas normativas fueron comprendidas y asumidas de manera desigual, de acuerdo con las condiciones materiales, sociales y subjetivas de cada persona. Tal como señala Carballada (2020), el trabajo social nos permite comprender que

“como toda enfermedad, el Covid-19 es una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos. Lo social la atraviesa totalmente, dándole sentido, heterogeneidad y diferente impacto, tanto a nivel singular como territorial. Para la intervención en lo social no hay un Covid-19, sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse”. (Carballada, 2020, p. 1)

La población que llega y habita el CRSM Dr. Agudo Ávila es sumamente heterogénea, ya que su área de cobertura comprende toda la ciudad de Rosario y sus alrededores. Se trata de personas con padecimientos subjetivos y que, en muchos casos, se encuentran además expuestas a múltiples problemáticas sociales que las ubican en situaciones de extrema vulnerabilidad: vínculos sociales debilitados por experiencias de violencia, trayectorias atravesadas por el consumo problemático de sustancias y las adicciones, la falta de vivienda, de empleo o de ingresos estables, entre otras. En este sentido, la comprensión de

la información y del contexto, la adaptabilidad a los protocolos, los miedos al contagio, la experiencia de la enfermedad no pueden pensarse de manera homogénea, sino situada,

“la enfermedad como proceso impacta de manera distinta según el lugar, el espacio donde aparece, las características nutricionales, habitacionales, las enfermedades previas, las condiciones de construcción de la cotidianidad y especialmente la posibilidad de percepción de sentirse enfermo, sano o expuesto a ella en relación a la subjetividad de cada uno”. (Carballeda, 2020, p.1)

Es desde esta perspectiva que nuestro interés se orientó a analizar los efectos que la pandemia tuvo en el CRSM, considerando que, en el período que abarca este trabajo de investigación (2021), la inexistencia de un tratamiento antiviral efectivo y los inicios de las campañas de vacunación colocaron al encierro como medida de cuidado en un lugar central para enfrentar la situación epidemiológica. Con ese objetivo, se difundieron de manera cotidiana consignas generales para la población como el “quédate en casa” junto con los protocolos y también las normativas específicas para las instituciones sanitarias. En el caso del hospital monovalente, estas disposiciones fueron lineamientos obligatorios a seguir, pero no sin generar tensiones, desafíos y vértigos, ya que implicó reforzar el encierro de la población usuaria, teniendo en cuenta que los profesionales contaban con los permisos para circular, noción históricamente en disputa en el campo de la Salud Mental, contraria a los esfuerzos, trabajos y luchas sostenidos durante décadas para instalar un modelo de atención alternativo.

En este marco, entendemos que las medidas de ASPO y el encierro que generaron fueron vividas de manera singular por cada persona, provocando consecuencias, manifestaciones de malestar y expresiones particulares. Las entrevistas realizadas a nuestras informantes clave del CRSM profundizan en esta idea, resaltando que, en el caso de quienes transitan padecimientos subjetivos y períodos de internación, el contexto implicó complejidades adicionales. En este sentido, fue fundamental acompañar los cuidados, habilitar procesos de comunicación e información claros, recepcionar las demandas de los/as usuarios/as y, en la medida de lo posible, reactivar instancias de resocialización y encuentro con sus familias y afectos.

Cómo analizamos, la fragilidad de los vínculos de los/as usuarios/as respecto a su entorno familiar/afectivo generalmente se presenta como una problemática transversal a la situación de crisis subjetiva. En el transcurso de las internaciones, el deterioro de los vínculos suele presentarse como una consecuencia directa de la institucionalización o su ausencia puede generar que las mismas se prolonguen en el tiempo.

Tal como señala Paugam, “la fragilidad de los vínculos sociales se sostiene esencialmente en el riesgo de que esos vínculos se rompan” (2012, p 11). Por ello, la reestructuración y sostén de los vínculos adquieren un peso central en las estrategias terapéuticas y de intervención en Salud Mental. Contar con esas redes vinculares constituye un factor clave para la integración de los sujetos en la sociedad.

Cuando estas redes no existen o se encuentran muy debilitadas, los sujetos se encaminan hacia lo que Paugam (2012) precisa como descualificación social, remite

“al proceso de debilitamiento o de ruptura de los vínculos del individuo con la sociedad en el sentido de la doble pérdida de la protección y del reconocimiento social. El hombre socialmente descualificado es a la vez vulnerable frente al futuro y aplastado por el peso de la mirada negativa que los otros proyectan sobre él”. (Paugam, 2012, p. 18).

Para la sociedad en general el contexto de pandemia, sin dudas, profundizó los desafíos para el sostenimiento de los vínculos sociales. Sin embargo, para la población que se encontraba institucionalizada, estos efectos adquirieron características, tensiones y consecuencias particulares: en muchos casos, la dificultad para comprender en su totalidad las normativas podía derivar en angustias o enojos, también la suspensión de actividades incrementaba los tiempos libres, sin trabajo con los equipos o propuestas, generando entre los usuarios/as algunas tendencias como de repliegue, a permanecer más quietos/as, o dentro de las salas.

Es importante señalar que, al inicio de este trabajo de investigación, el término “efectos del Covid-19” se pensaba principalmente en relación con las consecuencias

negativas que pudieron haber impactado en los procesos de trabajo del CRSM, las cuales, sin duda, existieron. Sin embargo, la posibilidad de realizar encuentros y entrevistas con las informantes clave (trabajadoras sociales que ocuparon distintos roles en la institución durante ese período) permitió ampliar la mirada del análisis hacia otros aspectos. De este modo, fue posible reconocer no solo los obstáculos, desafíos y tensiones, sino también aquellas dimensiones que, durante la crisis sanitaria, se configuraron como oportunidades o habilitadoras de nuevas prácticas y posibilidades dentro de la institución.

Esta doble dimensión, de límites y de posibilidades, fue fundamental para comprender cómo, desde la gestión del CRSM y los equipos profesionales, se redefinieron prioridades y se diseñaron nuevas estrategias de trabajo en ese contexto atravesado por la urgencia y las normativas sanitarias, pero sosteniendo principios centrales de la LNSM para el trabajo terapéutico con los/as usuarios/as.

En ese contexto de tanta incertidumbre, los espacios de reunión y de encuentro colectivo adquirieron un papel central en el trabajo diario del CRSM, ya que posibilitaron generar debates, reflexiones y la construcción de algunas respuestas. Resultó fundamental revalorizar el trabajo interdisciplinario, entendido como “ese posicionamiento que nos permite reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y legitima la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas” (Stolkiner, 2005, p. 5). Comprendemos que las demandas que llegan cotidianamente a los equipos de Salud Mental son múltiples, complejas y heterogéneas, por lo que no pueden ser reducidas a una disciplina en particular. En esta línea, compartimos los aportes de Vasconcelos en relación a la relevancia del pluralismo como

“sinónimo de apertura a lo diferente, de respeto por la posición ajena, considerando que esa posición, al advertir sobre nuestros errores y límites y al ofrecer sugerencias, es necesaria al propio desarrollo de nuestra posición y, de modo general, de la ciencia”. (Vasconcelos, 1999, p. 1)

Para sostener esos procesos de trabajo del equipo, y con otros sectores del hospital, también fueron de gran importancia las instancias virtuales.

El desarrollo de este trabajo de investigación nos permitió profundizar en el análisis del rol profesional en el marco institucional, accediendo a entrevistar trabajadoras sociales

con diferentes funciones/roles, pero reconociendo características comunes que configuran cierta identidad del Trabajo Social. Visualizamos una apuesta constante por el trabajo conjunto con otros profesionales, con las familias y redes vinculares, pero también con los/as propios/as usuarios/as, habilitándolos como participantes de los procesos que se iban definiendo y llevando adelante por las normativas o frente a los cambios necesarios. Esto significaba generar condiciones para habitar de otro modo ese encierro y el aislamiento, acompañarlo y promoviendo la creación de espacios alternativos, en los que la palabra, las opiniones y las necesidades de los/as usuarios/as fueran escuchadas y valoradas. En este sentido la intervención profesional se configura como un medio para la restitución de derechos, reafirmando el carácter ético-político de la práctica profesional del Trabajo Social.

Así, no podemos comprender los efectos de la pandemia de Covid-19 únicamente en términos de pérdida o retroceso, sino que también es necesario visualizarlos como la constitución de un escenario que permitió inventar, ensayar y construir colectivamente respuestas que dejaron aprendizajes valiosos tanto para el CRSM en particular, como para el campo de Salud Mental.

Bibliografía

Alberdi, J., Coll, L., Mutazzi, E., Vismara, E. (2005). *La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de revolving door en pacientes usuarios del CRSM Agudo Ávila*. En Cátedra paralela. 2 (pp. 85-96).

Ander-Egg, E. *Diccionario de Trabajo Social*. Ed. Lumen. Buenos Aires. 1995.

Arito, S.; Imbert, L y otros. (2020) *Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención*. Ed. UNER

Aguirre, L. (2014). *Hospital Psiquiátrico de Oliveros: Una historia*. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 11(2).

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Ed. Topía.

Argentina. Congreso de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Congreso de la Nación. (1984). *Código Penal de la Nación Argentina*. Ley 11.179. Actualizado con reformas hasta la Ley 27.147/2015. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Ministerio de Salud. (2020). *Protocolo para ingresos y reingresos en establecimientos y servicios de internación en salud mental y adicciones en el marco de la emergencia COVID-19*.

Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2020). *Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020. Emergencia Sanitaria*. Boletín Oficial de la República Argentina, 34.328. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200312>

Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2020). *Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/2020: Aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335528>

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Ed. Topía.

Butler, J. (2020). *El capitalismo tiene sus límites. Sopa de Wuhan*. Ed. ASPO.

Castel, R. (2015). *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?*. Ed. Manantial.

Carballeda, A. (2020) *La Intervención en Lo Social en Tiempos de Pandemia. Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. Ed. Margen.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2010). *Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental: Difusión de derechos básicos de personas usuarias de servicios de salud mental y abordaje de las adicciones (Documento N° 1)*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. (2022). *Documento de trabajo: Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental Habitar, socializar, trabajar...*

Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. (2022). *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028*.

Falcone, R. (2000). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas de la Argentina: Del hospital cerrado al hospital abierto*.

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Ed. FCE México.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Ed. Paidós.

García López, M. (2004). *Salud mental comunitaria: ¿Una tarea interdisciplinaria?*

Goffman, E. (2001). *Internados*. Ed. Amorrortu.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina en el contexto de los sistemas locales de salud*. OPS/OMS.

Paugam, S. (2012). *Protección y reconocimiento: Por una sociología de los vínculos sociales*. Papeles del CEIC, (82)

Río Negro. Legislatura. (1991). *Ley N° 2440*.

Santa Fe. Legislatura. (1991). *Ley N° 10.772*.

Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. Ed. Lumiere.

Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías*. En D. Maceira (Comp.)

Stolkiner, A. (2005, 7-8 de octubre). *Interdisciplina y salud mental*. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud mental y mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy, Posadas, Misiones, Argentina.

Vezzetti, H. (2007). *La locura en la Argentina*. Ed. Paidós.