



Universidad Nacional de Rosario.
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.
Lic. Trabajo Social.

**Trabajo Social y Salud Mental:
Los aportes de la profesión en los equipos interdisciplinarios del
área de internación del Centro Regional de Salud Mental Dr.
Agudo Ávila en la ciudad de Rosario.**

Alumna: Nadia Caraballo.

Legajo: C - 3552/1

Mail: caraballonadiaa@gmail.com

Directora: Silvina Cabrera.

Mail: silvinagcabrera@gmail.com

Rosario, 10 de marzo del año 2026.

Agradecimientos.

Llegar hasta acá no hubiera sido posible sin las personas que me acompañaron durante estos años. Este trabajo también es de ellos, porque nada de lo que somos y hacemos se construye en soledad.

Quiero agradecer especialmente a mi directora de tesis, Silvina, por el acompañamiento constante, la guía, la paciencia y la confianza a lo largo de este recorrido.

A las y los trabajadores del Hospital Dr. Agudo Avila, especialmente al equipo de internación que acompañó mi último año de prácticas, por la apertura, la disposición y el compromiso cotidiano con el que me permitieron aprender desde la práctica y construir este trabajo.

A la universidad pública, por haber hecho posible mi formación profesional. Por brindarme una educación pública, gratuita y de calidad. Hoy más que nunca, le agradezco y la defiendo.

A mi mamá, Florencia por estar siempre, por el amor incondicional, la paciencia infinita y el sostén cotidiano. A mi hermano, Bauti, por el aliento constante y la compañía que, sin grandes palabras, supo sostenerme siempre. Gracias a los dos por acompañarme en cada etapa y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A mi compañero, Juan, por el amor, la paciencia y el acompañamiento cotidiano. Por cada tarde y cada noche de estudio compartida, sin dudas, hiciste este camino más liviano.

A Rocco por la alegría infinita y por ser, sin saberlo, mi fuente de calma y fuerza.

A mis amigas, amor y refugio. Por la escucha, la contención, las palabras justas y la presencia de siempre.

A mi familia, en general, GRACIAS por el apoyo, el cariño y por ser mi respaldo durante todos estos años.

Introducción.....	3
Metodología.....	4
Objetivo General.....	5
Objetivos específicos.....	5
Capítulo I: Historia de la Salud Mental en nuestro país.....	7
Aproximaciones conceptuales: ¿A qué nos referimos cuando hablamos acerca de la salud en general y de la salud mental en particular?.....	7
Los orígenes institucionales de la salud mental: el nacimiento de los hospitales psiquiátricos, entre la asistencia y el control.....	10
El papel del higienismo en la salud mental en la Argentina: avances y limitaciones.....	14
Críticas al modelo asilar y sus implicancias en las formas de atención en la salud mental... 15	
Del proyecto a la ley: construyendo un marco legal para la salud mental.....	22
Entre la ley y la realidad: la salud mental en la Argentina contemporánea.....	27
Capítulo II: Historia del Hospital Dr. Agudo Ávila.....	30
Institución e institución total: categorías para comprender y pensar el espacio concreto de intervención.....	30
Un recorrido por el paso del tiempo: La historia del hospital Dr. Agudo Ávila.....	34
El hospital como espacio construido: Descripción arquitectónica y conformación del Hospital.....	42
Capítulo III: ¿Qué entendemos cuando hablamos de interdisciplina?.....	47
Tejiendo alianzas: el concepto de interdisciplina y sus tensiones en la práctica.....	47
Capítulo IV: El Trabajo Social dentro del campo de la salud mental.....	52
Trabajo social: ¿Qué es?.....	52
La intervención profesional como eje del ejercicio del Trabajo Social.....	53
La inclusión del trabajo social en el campo de la salud mental.....	55
La intervención profesional del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de internación del Hospital Dr. Agudo Ávila.....	57
Capítulo V: Propuesta Disciplinar.....	63
Fundamentación.....	63
Objetivo general.....	65
Objetivos específicos.....	65
Propuesta de intervención.....	65
Reflexiones.....	67
Bibliografía.....	70
Anexos.....	74
Anexo I. Resolución N° 1479.....	75
Anexo II. Entrevista.....	78
Anexo III. Entrevista.....	88

Introducción.

El presente Trabajo Integrador Final tiene como objetivo poder recuperar mi proceso de prácticas pre profesionales, a partir de una mirada crítico-reflexiva y del recorrido teórico conceptual adquirido durante la formación académica. En esta línea, la finalidad del trabajo es indagar en la historia de la salud mental, en la trayectoria institucional del Hospital Dr. Agudo Ávila y el proceso de incorporación del Trabajo Social a sus equipos, con el fin de comprender los sentidos y prácticas que dieron forma a su función profesional en el entramado interdisciplinario.

La elección de este tema surge a partir de la experiencia de prácticas pre profesionales realizadas en dicha institución, las cuales permitieron observar de manera directa las dinámicas de trabajo conjunto entre distintas disciplinas y el lugar específico que ocupa el trabajo social en dicho proceso. De este modo, el análisis articulado entre la experiencia y los marcos conceptuales posibilita profundizar el rol profesional y sus contribuciones dentro de los equipos.

Las preguntas que guiaron en el siguiente trabajo fueron: ¿Qué transformaciones atravesó la salud mental en Argentina y como las mismas incidieron en la organización institucional del hospital? ¿Cómo se constituyeron los equipos de internación? ¿Cómo se incorporó el Trabajo Social a los mismos? ¿Cuál es el rol del Trabajo Social dentro de los equipos y dentro de la institución?

Mi interés por estudiar esta problemática responde a la necesidad de visibilizar el rol del Trabajo Social en el campo de la salud, reconociendo sus aportes singulares en la atención integral y en la promoción de los derechos de las personas. Considero que dado el contexto político actual, interpelado por las tensiones en relación a las políticas públicas y a la garantía de los derechos humanos, resulta fundamental revitalizar la profesión y reafirmar el valor de la misma en la defensa de la salud mental como campo de intervención comprometido con lo colectivo, lo público y lo interdisciplinario. A su vez, se busca aportar a la reflexión sobre la importancia de la interdisciplina como modo de intervención que trasciende las miradas fragmentadas y habilita la construcción colectiva de estrategias.

El TIF se estructura sobre determinados capítulos que, siguiendo una línea integradora, le darán un eje estructural al trabajo. En el primero, se presenta un recorrido histórico por la salud mental en general para luego adentrarnos en las transformaciones que se sucedieron en el país, esto permitirá contextualizar los cambios en los modelos de atención. Para poder enmarcar la práctica en la institución y el modo de accionar, en el segundo capítulo, se

desarrollará la historia del Hospital Dr. Agudo Ávila. El tercer capítulo está destinado al análisis del concepto de interdisciplina y de su aplicación en el ámbito hospitalario. Finalmente, en el cuarto capítulo se aborda específicamente el Trabajo Social, su definición, objetivos, y práctica dentro de los equipos interdisciplinarios de internación.

De este modo, el trabajo busca articular la dimensión histórica, institucional y conceptual con la reflexión sobre la práctica profesional, con el fin de contribuir al fortalecimiento del Trabajo Social en el campo de la salud mental y a la construcción de saberes que promuevan intervenciones integrales y respetuosas de los derechos humanos.

La presentación y desarrollo de ciertas categorías teóricas, el acercamiento al campo de la salud mental y la recuperación, desde un lugar crítico y reflexivo, del proceso de prácticas, se convertirán en los insumos argumentativos que servirán para poder presentar una Propuesta de Trabajo dirigida a los profesionales que llevan adelante las intervenciones del hospital.

Al final del trabajo, como resultado del proceso recorrido, intentaré brindar algunas reflexiones que puedan funcionar como nuevos interrogantes para el abordaje profesional.

Metodología.

El siguiente trabajo se sitúa dentro de la modalidad de Práctica Disciplinar, la misma radica en la elaboración de un informe que se ocupa del diagnóstico de una situación y del diseño y elaboración de una estrategia de acción, programa, proyecto o dispositivo de intervención en un ámbito institucional concreto. El objetivo de esta modalidad es poder analizar críticamente la experiencia de la práctica o intervención a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinares.

Para realizar el TIF se va a desarrollar una metodología de carácter cualitativa. Según Sautu (2007) las metodologías cualitativas son útiles cuando se quiere investigar la construcción de significados, la perspectiva de los actores sociales, los condicionamientos de la vida cotidiana, o brindar una explicación detallada de la realidad. Esta metodología se caracteriza por reducir al mínimo la separación entre ciencia y vida cotidiana, se toma contacto directo con los sujetos en su cotidianidad mientras desarrollan actividades habituales donde expresan sus visiones del mundo. El énfasis está en las prácticas sociales, en la interacción y en los sucesos cotidianos.

Entre los principales métodos de recolección de datos se incluyen, como fuentes primarias, la entrevista semiestructurada y en profundidad, la observación participante y no participante; y

como fuentes secundarias, el análisis de textos escritos y materiales audiovisuales disponibles.

La elección de llevar adelante una metodología cualitativa resulta pertinente dado que mi objeto de análisis se inscribe dentro del campo de la salud mental, ámbito que se encuentra atravesado por dinámicas institucionales complejas, relaciones de poder y significados socialmente construidos. Para poder comprender estas dimensiones se requiere acceder a las experiencias, percepciones y sentidos que los actores le otorgan a su hacer cotidiano. El enfoque cualitativo es adecuado dado que me va a permitir recuperar las voces y experiencias de los profesionales del hospital, construir los modos de intervención, identificar las tensiones en la práctica y analizar los sentidos que se le otorgan a las dinámicas institucionales.

Con el propósito de alcanzar los objetivos planteados, recuperaré los registros, observaciones y producciones elaboradas durante el año 2023, periodo en el cual desarrollé mis prácticas pre profesionales en el hospital, incorporando mi propia experiencia como insumo analítico. Asimismo, recurriré a la recopilación y análisis bibliográfico de escritos y artículos específicos sobre Salud, Salud Mental y Trabajo Social, lo cual será de gran utilidad para poder encuadrar teórica y conceptualmente el trabajo.

Como complemento a lo ya mencionado realizaré dos entrevistas semi estructuradas (se podrán ver en el anexo) destinadas a dialogar con los profesionales del hospital, con el fin de recabar información pertinente para el análisis. A partir de estas entrevistas, me propongo, también, reflexionar sobre los modos de pensar y de intervenir que estructuran las prácticas institucionales.

Objetivo General.

Analizar el espacio del Trabajo Social y sus aportes profesionales en los equipos interdisciplinarios del Hospital Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario, atendiendo a los sentidos y prácticas que fueron configurando su lugar en la institución.

Objetivos específicos.

- Contextualizar históricamente el desarrollo de las políticas de salud mental en Argentina.
- Reconstruir la historia institucional del Hospital Dr. Agudo Avila, identificando los principales cambios en su organización y en las modalidades de atención.

- Describir el proceso de incorporación del Trabajo Social en el campo de la salud mental en general y en el Hospital en particular.
- Reflexionar sobre los desafíos actuales del Trabajo Social en el campo de la salud mental.

Capítulo I: Historia de la Salud Mental en nuestro país.

El presente capítulo se propone brindar una definición del concepto de salud para posteriormente poder definir el campo de la salud mental. Dicho campo presenta su propia historia, por lo cual se realizará una reconstrucción de cómo se fue gestando, a partir de una larga lucha, un ideario que se convertiría en la Ley Nacional de Salud Mental basada en la defensa de los Derechos Humanos.

Este recorrido histórico buscará reconocer los modelos predominantes que han orientado las prácticas en salud mental -desde los enfoques manicomiales hasta la progresiva incorporación de las perspectivas basadas en los derechos humanos- y ofrecerá las bases necesarias para comprender las dinámicas presentes en el Hospital Dr. Agudo Avila, objeto de análisis en el capítulo posterior.

Aproximaciones conceptuales: ¿A qué nos referimos cuando hablamos acerca de la salud en general y de la salud mental en particular?

Algunos creen que la salud es la ausencia de enfermedad y que los profesionales de la salud tienen la tarea de eliminar las enfermedades, para estos sujetos las enfermedades son causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos, gérmenes, en fin, por causas ajenas que atacan a las personas y que se pueden eliminar. De acuerdo con esta manera de pensar, se trata de identificar cual es la causa del malestar en el sujeto y organizar y pensar diferentes estrategias para combatirlo.

En su creación durante la posguerra, la Organización Mundial de la Salud¹ definió la salud como *“Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”*. Se trataba de un enunciado de principios políticos destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados que debían promover su desarrollo.

Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012) afirman que la definición de salud de la OMS: *“Merece el reconocimiento de haber planteado una definición ‘positiva’ (en el sentido matemático del término) de la salud que no la equiparaba a la simple negatividad y ausencia de la enfermedad y haber señalado que en ella intervienen componentes ‘sociales’ y ‘psíquicos’ ”*. (p.10).

Si bien como mencionan ambas autoras la declaración de la OMS merece un reconocimiento, es imposible encontrar a una persona en un “completo estado de bienestar”, nadie vive en ese

¹ A partir del comunicado Oficial Número 76 Argentina anunció su retiro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 05 de febrero del año 2025 bajo la presidencia de Javier Milei.
Texto (recuperado el 19/04/2025): <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comunicado-oficial-numero-76>

estado, sólo es posible sentirse así en algunos momentos, nunca de forma permanente. El Dr. Floreal Ferrara, un gran maestro de la salud pública, solía referirse a la salud: *como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida*. No se trata de eliminar bacterias, gérmenes, virus, etc. ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. (Ferrandini, 2011).

A partir de la declaración de Alma Ata² la salud pasó a considerarse un derecho humano fundamental que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud. La idea de derecho a la salud se comprende en el marco de una integralidad de derechos, es decir, la salud un derecho inclusivo y comprende un amplio conjunto de factores que pueden y deben contribuir a una vida sana, entre otros, el agua potable salubre, el saneamiento adecuado, la alimentación segura y unas condiciones laborales saludables.

En nuestro país la Constitución Nacional define y contempla el derecho a la Salud en dos de sus varios artículos. El Artículo 42 de la Constitución Nacional (1853/1994) establece que los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos. En el mismo se infiere que es un aspecto fundamental la protección a la salud de los ciudadanos argentinos, por otro lado, en el artículo 75, inciso 22 se incorporan los tratados internacionales sobre derechos humanos, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que en su artículo 12 establece el derecho a la salud.

Es importante subrayar que a pesar de que en nuestro país se considera a la salud tal como lo menciona la OMS todavía prevalecen las prácticas asociadas al “Modelo Médico Hegemónico”. Eduardo Menendez³ define este modelo como:

“El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de

² La declaración de Alma-Ata es un documento que se firmó en septiembre de 1978 y que expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

³ Eduardo L. Menéndez licenciado en Antropología graduado de la Universidad de Buenos Aires, máster en Salud Pública (Escuela de Salud Pública/México) y doctor en Antropología social (UBA). En el año 2009 recibió el título de Doctor Honoris Causa en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España) y en el año 2015 por la Universidad Nacional de Rosario (Santa Fe, Argentina). Es investigador y profesor emérito del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social –CIESAS– de México y coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica (SEPAM).

atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.” (Menendez, 1988, p. 1).

Según el autor este modelo tendría como características estructurales el biologicismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, sociabilidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. Otras características de este modelo son la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (profesional-paciente).

¿Qué es Salud Mental? Para poder responder esta pregunta es necesario retomar la concepción que se establece en el texto de la Ley Nacional número 26.657 sancionada en el año 2010, dado que la misma ha sido un importante hito en lo que hoy remite al campo y su trabajo en él. En dicha Ley se concibe a la Salud Mental como un proceso (no un estado) determinado (no causal) por componentes que tienen que ver con diferentes esferas de la vida como lo social, lo económico, cultural; con un factor histórico y explicados científicamente por ciertas profesiones (psicología, trabajo social y psiquiatría son las más conocidas). Esta concepción pone énfasis en la persona (sujeto) vista en clave de Derechos Humanos.

Ahora bien, comprender esta concepción de salud mental implica analizar el espacio social e institucional en el que se producen y transforman las definiciones acerca de qué se entiende por salud y padecimiento, que prácticas son consideradas legítimas y qué saberes adquieren legitimidad para intervenir. En este sentido, resulta pertinente recuperar la noción de campo desarrollada por Pierre Bourdieu (1990).

Según el autor, los campos se presentan como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes. Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos. Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de *habitus*, es decir, de un “oficio”, de un cúmulo de técnicas, de referencia, de un conjunto de “creencias” que implican el conocimiento y reconocimiento de leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etc. La estructura de un campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores.

Desde esta perspectiva, el campo de la salud mental lo podemos identificar como un subcampo dentro del de la salud en general. El mismo se ha constituido como un subcampo de manera autónoma, por mantener formas institucionales específicas y por ser un ámbito atravesado y configurado por constantes luchas, disputas y tensiones por el poder. En este

sentido, Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012) sostienen que el éxito de la salud mental, será su incorporación total a prácticas de salud donde su nomenclatura específica sea una redundancia.

Las disputas y tensiones que se encuentran presentes en los campos, no se restringen al plano teórico, sino que se expresan concretamente en el diseño e implementación de políticas públicas. Las políticas de salud mental son identificadas como parte de las políticas públicas sociales. La complejidad de los problemas que abarca la salud mental, hace imposible desvincularla del contexto social, político y económico, e implica tener en cuenta las condiciones de cultura y el proceso de subjetivación que ocasionan los diferentes padecimientos mentales y requiere, a su vez, de una política específica de lo social y de un abordaje integral, en contraposición a criterios biologicistas e individuales.

Desde una perspectiva histórica, diversos autores han señalado que el desarrollo del campo de la salud mental no responde a una lógica lineal de progreso. Como ha expresado el Dr. Emiliano Galende⁴ en el proceso histórico del desarrollo del campo de la salud mental no existe un progreso de los conocimientos que asegure un avance de las técnicas de tratamiento, el reemplazo o sustitución de prácticas terapéuticas por otras más apropiadas. Si no que más bien, existe una adición, acumulación de procedimientos que en su superposición y coexistencia constituyen un conjunto de respuestas simultáneamente posibles.

A lo largo de la historia ha habido diferentes formas de dar respuestas por parte de las sociedades (gobiernos e instituciones) frente al problema de la *locura*. Un elemento clave para ello ha sido el manicomio solventado por un cuerpo profesional conformado principalmente por la medicina psiquiátrica. En este marco, resulta necesario reconstruir algunos hitos históricos que permiten comprender cómo se fue configurando el campo de salud mental y las formas institucionales que lo caracterizan.

Los orígenes institucionales de la salud mental: el nacimiento de los hospitales psiquiátricos, entre la asistencia y el control.

La psiquiatría y la distinción de la *locura* como enfermedad mental surgieron en el marco económico y político del Estado moderno que reclamó un sujeto de conciencia, capaz de decidir por sí mismo, asumir responsabilidades y ejercer derechos ciudadanos. Philippe

⁴ Emiliano Galende es un referente de la salud mental comunitaria en Argentina y en América Latina. Es médico psiquiatra y psicoanalista, docente e investigador. Ha sido pionero en la formación y en el desarrollo de prácticas centradas en el respeto a los derechos humanos.

Pinel⁵, en ese entonces, propuso el término de alienación mental para referirse a los disturbios que se desarrollaban en el ámbito de las pasiones y que eran capaces de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva y racional del individuo de percibir la realidad. En la medida que alguien se encontraba en esa condición pasaba a considerarse por parte de la sociedad como peligroso, dado que perdía la capacidad de discernimiento entre el error y la realidad.

Stolkiner (2003) afirma que:

“En una ciudad pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos y en una sociedad donde se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar a la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. (Stolkiner, 2003, p. 1.)

Con base a lo anteriormente mencionado podemos decir que el establecimiento de estos espacios de reclusión (hospitales psiquiátricos) que dieron respuesta al problema de la *locura* dieron origen al nacimiento de una rama de la medicina conocida como psiquiatría. Philippe Pinel sentó las bases de lo que hoy se conoce como “síntesis alienista”, elaboró una primera clasificación de las enfermedades mentales, consolidó el concepto de alienación mental y la profesión de alienista. Fue el fundador de uno de los primeros hospitales psiquiátricos, determinó el principio de aislamiento para los alienados e introdujo en esa área el tratamiento moral. El primero y más fundamental principio terapéutico del tratamiento moral era el aislamiento del mundo exterior, esta es una construcción pineliana que hasta el día de hoy no está totalmente superada en la práctica psiquiátrica. Según su teoría si las causas de la alienación mental están presentes en el medio social, es el aislamiento el que permite aislarlas, trasladando al individuo enfermo a un medio en que las mismas no puedan perjudicarlo.

La psiquiatría nace con el objetivo de validar la creación de las instituciones psiquiátricas. Esta nueva rama de la medicina tendrá por tarea ratificar los establecimientos de reclusión y presentarlos como espacios de curación y cuidado pero sin borrar la función anteriormente mencionada. Establece una relación vertical en donde la persona concebida como “paciente” se convierte en objeto que el médico psiquiatra observará, estudiará y decidirá sobre su destino, pasará a decidir sobre el ingreso, el desarrollo de la terapia y la salida o no del

⁵ Philippe Pinel (1745-1826) fue un médico psiquiatra francés, es considerado el padre de la psiquiatría moderna ya que propuso e introdujo un nuevo enfoque en la atención a los usuarios de salud mental. Philippe propuso el tratamiento moral e introdujo la clasificación de las enfermedades mentales.

hospital bajo sus fundamentos científicos y el criterio de peligrosidad. La misma no es precursora de esta escena de encierro, sino que es la continuación del mismo por otros medios, bajo otra lógica. Su antecesora ha sido la prisión y muchos elementos de esta se pueden contemplar en las prácticas intramuros del manicomio.

Paulo Amarante en “Superar al Manicomio, salud mental y atención psicosocial” (2009) expone que el tratamiento en estas instituciones ha ido variando a lo largo del tiempo, en un primer momento la construcción de estos espacios fue utilizada como laboratorios en donde se podían estudiar las alienaciones mentales, posteriormente se constituyeron como instituciones disciplinarias, impusieron reglas de conductas, horarios, regímenes y aspiraban con todo esto a una función terapéutica que consistía en la suma de principios y medidas que, impuestos al alienado, buscaban reeducar la mente, alejar los delirios e ilusiones y llamar la conciencia a la realidad. Entre las más importantes estrategias del tratamiento moral estaba lo que Pinel denominaba como trabajo terapéutico, el trabajo era pensado de gran importancia, se lo pensaba como un medio de reeducación de las mentes perturbadas y de las pasiones incontrolables.

La vida cotidiana en estas instituciones estará marcada por el carácter represivo y disciplinario. Las formas de tratar al “loco” iban desde medidas coactivas, tanto físicas (castigo físico, sujeciones, encierro) como simbólicas (manejo del tiempo, rutina, condiciones habitacionales, etc). El tratamiento apuntaba a la corrección para la reinserción en la sociedad de los pacientes.

Erving Goffman propuso el término “*institución total*” que es útil para describir dichos espacios. En las mismas las personas viven, trabajan, comparten con una importante cantidad de personas una misma rutina de aislamiento. La población que reside en estos espacios suele sufrir un proceso denominado “*institucionalización*” el cual inicia al momento de ingresar al hospicio. Este ingreso constituye un estado de encierro y privación de la libertad para la persona que se incorpora al asilo, ahora en condición de paciente. Se establece un esquema clasificatorio, dispuesto por el cuerpo profesional tratante, este esquema comprende un diagnóstico y un conjunto de síntomas que pertenecen a un sistema de definiciones, conceptos y categorías que separan a cada sujeto según sus comportamientos.

En síntesis podemos decir que se instaura un modelo en donde los principales elementos serían: la institución central (cuyo edificio es el hospital), un cuerpo profesional (medicina-psiquiatría) que ejecuta o pone en práctica las estrategias pensadas para hacer funcionar este sistema y los llamados pacientes (en carácter de objeto). De manera transversal

se encuentra la lógica manicomial que refiere al conjunto de ideas, prácticas y reglas que establecen al encierro como único tratamiento posible. (Ventureira, 2020).

En Argentina, la creación de dichos establecimientos con su consecuente modelo coincide con la etapa fundacional de nuestro país. El estado liberal argentino en esa época se constituyó como una herramienta de una elite dominante, en el que el sujeto era el ciudadano que ostentaba derechos civiles y políticos individuales, pero había excepciones, aquellos que no podían o debían ejercer tales derechos por pertenecer a los sectores excluidos: pobres, mujeres, niños, pueblos originarios, inmigrantes y locos o alienados. Para aquellos que “no estaban habilitados” para la competencia o el trabajo, el Estado proveía formas de asistencia en aras del ordenamiento social, fundadas con bases filantrópicas, que suponía brindar ayuda sin generar derecho.

Bajo este ideario, en el país, se crean diferentes instituciones: asilos, orfelinatos, hospitales y, entre ellos, los primeros hospitales psiquiátricos, según Alicia Stolkiner (2003) en ese periodo (segunda mitad del siglo XIX) se originan dos establecimientos emblemáticos: el Hospital “Braulio Aurelio Moyano” y el Hospital “Jose Tiburcio Borda”.

El hospital psiquiátrico, “Braulio Aurelio Moyano”, se fundó en 1854 por decreto de la Sociedad de Beneficencia que tomó a su cargo la organización y administración de los distintos nosocomios existentes en la época. El Hospital nació con la ambigüedad que superpone la libertad para las mujeres que estaban encerradas en las cárceles, y el encierro para las que deambulaban por los suburbios. Las actividades que allí se desarrollan se centran en la regulación religiosa y moral de la conducta, más que en los cuidados médicos.

Los hábitos morales de trabajo y buena conducta eran considerados gestos de cordura y estimulados por recompensas (visitas a sus hogares, cigarrillos, mates). Se hacía visible la raíz religiosa en las intervenciones que asimilaba la locura con el pecado: con fuerza de voluntad, trabajo y oración sería posible liberarse de ella.

El segundo hospital en consolidarse es el efector “José Tiburcio Borda” en octubre de 1863. Las condiciones de reclusión y hacinamiento no los hacían muy distintos de las cárceles en donde anteriormente se encontraban los internos. Las actividades se centran en el trabajo, el mismo era establecido como un eje central de la cura, con una fuerte connotación moral.

Durante el periodo de 1864 a 1878, tiempo en donde se construyeron los hospicios, las internaciones se caracterizaron por ser breves y no abundaban las reinternaciones. Hugo Vezzetti señala la ambigüedad que desde su creación atravesó estos establecimientos, la relación con el enfoque médico y el pedido de reclusión.

La población de los hospicios durante este periodo creció explosivamente y en forma correlativa aumentó, también, la curva demográfica por el ingreso de inmigrantes. Estos poblaron los hospicios en donde comenzaron a mostrarse signos de hacinamiento.

Domingo Cabred, en los finales del siglo XIX, en 1899, se inspira en las experiencias inglesas para incorporar un sistema de puertas abiertas y funda la *Colonia Nacional de Alienados Open Door*, en ella se promueven las actividades productivas al aire libre, sumadas a los talleres preexistentes. Según las palabras de su fundador su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles estaba destinada a crear una ilusión de libertad y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza.

El papel del higienismo en la salud mental en la Argentina: avances y limitaciones.

En Argentina en 1929 se fundó la Liga Argentina de Higiene Mental. En sus orígenes se dedicaba a mejorar la atención de los “pacientes psiquiátricos” con el objetivo de humanizar su atención. Posteriormente incluyó otros campos como la prevención de la enfermedad mental y la psicopatología de la delincuencia y la criminalidad. El destierro de los elementos lesivos de la sociedad y la prevención fueron los ejes del movimiento higienista.

Es importante recordar que el proyecto nacional de país gestado en la década de 1880 impulsaba un proceso de modernización al tiempo que daba una respuesta a la indigencia, la marginalidad y la locura. En este contexto se favoreció la inmigración de origen europeo, pero sin embargo a principios del siglo XX, se comenzó a asociar a la inmigración masiva con la producción de conflictos sociales y políticos. Los médicos de la época caracterizaron al inmigrante como una persona con tendencia a las patologías mentales, al alcoholismo y la delincuencia. Una respuesta a tal situación fue la promulgación de la Ley de Residencia (aprobada en 1902 y derogada en 1958) que habilitaba la expulsión de la persona extranjera “que perturbaba el orden público” sin juicio previo.

Las políticas del higienismo se enfocaron en la población inmigrante pero no alteraron la concepción del papel determinante, ni el predominio del manicomio como institución terapéutica de la locura. Limitó su función a los casos estrictamente necesarios y promovió la creación de dispensarios, hospitales psiquiátricos abiertos y la atención en consultorios externos. Melisa Campana en su libro “Medicalizar la asistencia, asistencializar la salud” (2012) expone que el discurso higienista coloca la necesidad de dejar atrás el conocimiento intuitivo de los problemas sociales para contar, en cambio, con un conocimiento científico de las necesidades, es decir, se trata del reconocimiento del estado de necesidad a partir de un

diagnóstico social, construido sobre la base de una estructura científica que incluye técnicas y recursos humanos especializados. Este cambio, según la autora, apela a un personal tanto para producir la información necesaria de las necesidades como también para ejecutar la asistencia, por lo mismo se necesitó de una formación diferente de los médicos especialistas, orientada a la prevención y la rehabilitación, se pensó en la formación de nuevos profesionales, en particular, de asistentes sociales y enfermeros psiquiátricos.

En concordancia con la época el médico Germinal Rodríguez en 1920 fue clave en el desarrollo de políticas de asistencia social en el municipio de Buenos Aires bajo una perspectiva científica y planificada. El Dr. fue concejal en la ciudad y fue uno de los impulsores del Curso de Visitadoras de Higiene social en 1924 dependiente de la UBA. El curso se encontraba abierto para mujeres que debían constituirse en auxiliares. Esta iniciativa marcó un hito en la **profesionalización del Trabajo Social en Argentina**. Posteriormente, el médico, participó en la redacción del documento que dio origen a la creación de la primera Escuela de Servicio Social del país, inaugurada el 23 de junio de 1930 en el Museo Social Argentino.

Como conclusión de este momento la higiene mental argentina osciló entre la expresión segregativa de un control sobre el potencial hereditario de la locura y los programas preventivos, integrativos y de asistencia.

Críticas al modelo asilar y sus implicancias en las formas de atención en la salud mental.

Con el tiempo se comienza a sospechar y cuestionar la credibilidad de este sistema y de los hospitales psiquiátricos que cada vez se encontraban más poblados y que aumentaban el nivel de violencia para con los pacientes. Las Guerras mundiales y sus efectos han marcado el momento bisagra para la apertura hacia importantes transformaciones dentro del manicomio.

“Las dos grandes Guerras Mundiales hicieron que la sociedad pasará a reflexionar sobre la naturaleza humana, tanto sobre la crueldad como sobre la solidaridad existente entre los hombres, y se fueron creando así las condiciones de posibilidad histórica para un nuevo periodo de transformaciones psiquiátricas” (Amarante, 2009, p. 42).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, Europa se encontraba devastada. Los problemas de salud mental de la población excedían en mucho las patologías clásicas a las que se había dedicado la psiquiatría hasta el momento. Simultáneamente surgieron las Naciones Unidas como organismo internacional de negociación y búsqueda de consenso. En ese entonces se consolidaron modelos de Estados basados en el keynesianismo, los mismos fueron los

encargados de formular políticas sociales universales centradas en la expansión de las categorías de los derechos ciudadanos. Simultáneamente se generó un proceso acelerado de desarrollo de la psicofarmacología lo que suministró una herramienta para controlar, en el doble sentido del término, la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión privándola de un soporte argumental. (Stolkiner, 2003).

Estos factores confluirán en el nacimiento de las políticas de salud mental que tendrán como objetivo tratar de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencias centradas en la comunidad y resguardando los derechos de los pacientes.

En los años 60 surge la necesidad de superar el modelo psiquiátrico, aparece en la escena la antipsiquiatría este movimiento nació como una forma de lucha dentro de las instituciones, se estableció en contra de la represión y violencia que se ejercían en el manicomio. Constituyó un rechazo absoluto hacia el dispositivo psiquiátrico hegemónico y todos sus componentes. Sostuvo que la génesis de la enfermedad mental es social. Franco Basaglia, fundador de lo que hoy se conoce como “psiquiatría democrática”, consideraba que la psiquiatría tenía un “mal oscuro” por haber separado un objeto ficticio, la enfermedad, de la existencia global y compleja de los sujetos y del cuerpo social. Al considerar a la enfermedad un objeto natural externo al hombre, la psiquiatría pasó a ocuparse de ella y no del sujeto que la vivencia. (Amarante, 2009). La propuesta de Basaglia fue poner la “*enfermedad entre paréntesis*” para así poder ocuparse del sujeto en su experiencia. La enfermedad entre paréntesis no significaba la negación de la existencia de la misma sino que es poner en el centro a los sujetos que antes se encontraban neutralizados, invisibles, opacos, reducidos a meros síntomas de una enfermedad abstracta.

Si ponemos la enfermedad entre paréntesis nos encontramos con el sujeto, con sus problemas concretos de la vida cotidiana, su trabajo, su familia, sus parientes, sus vecinos, sus proyectos y sus deseos, es por lo mismo que esta situación posibilita una ampliación de la noción de integralidad en el campo de la salud mental y atención psicosocial. Los servicios ya no se pensarán como lugares de reclusión, exclusión, disciplina, control y vigilancia, deben ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acogimiento y de cuidado. (Amarante, 2009). Basaglia demostró que era posible reemplazar la internación prolongada en instituciones psiquiátricas por formas de atención comunitaria alternativas que incluyen hogares de grupo, centros de día y cooperativas gestionadas por los usuarios.

Erving Goffman muestra en E.E.U.U. la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa Federal de

Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del Sector como nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental.

Sintetizando podemos decir que durante el periodo que transcurre entre mediados de 1940 y finales de 1970 se produjeron diversos movimientos, entre ellos: la Comunidad Terapéutica Maxwell Jones; la política del Sector en Francia; el movimiento de desinstitucionalización en Italia, con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en 1978; la Psiquiatría comunitaria en los Estados Unidos, con la sanción de la llamada ley Kennedy en 1963, entre los más destacados. Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental. Estos cambios se reconocieron en el contexto de movimientos políticos progresistas y renovadores.

En este contexto de inmensas transformaciones en el campo de la salud mental, en la Argentina surgió el peronismo, cuya base social fueron los sectores populares y que introdujo una nueva lógica de políticas sociales basadas en la idea de derechos y “dignificación”, se buscó terminar con el sistema de beneficencia, y pasar a construir un sistema que pondere a la salud como un Derecho. El Estado pasa a ser considerado como un actor fundamental que tiene la obligación de convertirse en garante de ese derecho y por lo tanto lleva a cabo un programa de obra pública y expansión de servicios en todo el territorio nacional.

Durante este gobierno se convierte a la salud pública en un asunto de interés específico, esto se ratifica con la creación en 1946 de la secretaría de Salud Pública que buscó ampliar la cobertura asistencial dirigida hacia sectores sociales que hasta ese entonces habían tenido un acceso limitado a la atención médico hospitalaria, y posteriormente la creación en 1949 del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo, el cual propuso la sustitución del vocablo “alienados” por el término “*enfermos mentales*” y pretendió hacer del manicomio un hospital. Su propuesta incluyó Centros de Psiquiatría Preventiva que podrían ser independientes del hospital general o anexos a él. Su actividad se centraría por un lado, en la preparación del paciente y de su familia para el momento de la externación del hospital, y por el otro se encargaría de brindar un servicio de atención al momento de la externación del usuario.

La propuesta de Carrillo de abrir servicios específicos en salud mental en hospitales generales fue innovadora pero no se destacó por cuestionar la existencia de los hospitales psiquiátricos. En el transcurso de este gobierno se da un importante crecimiento de los servicios públicos, se instalan nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios.

En nuestro país en las décadas de 1960 y 1970 se ubican los primeros posicionamientos críticos con propuestas terapéuticas grupales y sociales. Stolkiner (2003) afirma que la ley que crea el Servicio Nacional de Salud Mental en la Inglaterra laborista es el modelo para la creación en 1957 del Instituto Nacional de Salud Mental en nuestro país. La reforma contenida en el plan Kennedy es retomada por Mauricio Goldemberg en la dirección del Servicio de Salud Mental del Hospital de Lanús. También con Goldemberg como director de Salud Mental de la Capital Federal se crean los centros de Salud Mental y los servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Las comunidades terapéuticas también fueron experiencias que se desarrollaron en esa época.

Los cambios durante esta periodo fueron muchos y comprendían otro concepto de salud y enfermedad, un nuevo rol para la psiquiatría y modificaciones importantes a nivel institucional. Los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos, paulatinamente comienza a ganar lugar las propuestas multidisciplinarias que recogen diferentes experiencias y perspectivas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya cuestionada psiquiatría manicomial. Los nuevos conceptos que empiezan a circular dentro del campo de la salud mental son: comunidad, grupo, institución, interacción, etc.

Resulta importante destacar la paradoja que tiene la historia de la salud mental en nuestro país ya que mientras que las experiencias en el resto del mundo se desarrollaron en momentos democráticos y en un contexto de expansión de la vigencia de los derechos e idearios humanistas, las transformaciones en Argentina sucedieron, en general, bajo gobiernos dictatoriales, exceptuando la última dictadura cívico militar⁶ instaurada en nuestro país el 24 de marzo de 1976.

La misma tuvo la particularidad de instaurar un terrorismo de Estado, las Fuerzas Armadas impusieron un plan sistemático de desaparición, tortura y exterminio de un sector de la población civil, la finalidad era generar terror en todo el cuerpo social para eliminar cualquier resistencia a sus políticas y disciplinar a los ciudadanos. Su metodología consistía en poner

⁶ Se habla de dictadura “cívico-militar” dado que el gobierno de facto contó con la participación, consentimiento y complicidad de diferentes sectores de la sociedad civil (principalmente económicos, eclesiásticos y mediáticos) que favorecieron la aceptación social con campañas de desinformación, estos sectores le ofrecieron un marco de “institucionalidad” y/o financiaron la empresa genocida para verse beneficiados con las medidas regresivas impuestas.

los recursos del Estado al servicio de crímenes como el secuestro, la tortura, la desaparición y el asesinato de todos aquellos que se oponían a los modelos económicos liberales en todo el territorio nacional y del ocultamiento y la negación de esos crímenes. Durante esos años se crearon y multiplicaron los Centros Clandestinos de Detención, Tortura y Exterminio, los secuestros en la vía pública, las simulaciones de enfrentamientos, entre muchos otros métodos que aterrorizaban a la población, para desarticular los movimientos de organización social, sindical y política. Fueron estropeados los intentos de modalidades terapéuticas que incluían el trabajo grupal y que cuestionaban los fundamentos del modelo asilar. Asimismo, durante este periodo que culmina en 1983, profesionales, trabajadores y estudiantes del área fueron perseguidos, detenidos, desaparecidos, asesinados y muchos otros fueron obligados a exiliarse del país. En este contexto muchos equipos psicoanalistas se vieron en la tarea de acompañar a los organismos de Derechos Humanos para brindar asistencia a los afectados directos por la dictadura, estos equipos produjeron teoría y prácticas sobre la atención de los efectos del terrorismo de estado en los sujetos y sobre los efectos causados en la sociedad.

El impacto del terrorismo de estado en la salud mental de la población requirió una política prioritaria por parte del gobierno democrático de Raul Alfonsín (1983). El entonces presidente de la nación designó como Director de Salud Mental al Dr. Vicente Galli (1984-1989) quien realizó reformas importantes, entre ellas se destacan: la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; la integración intersectorial; acciones de promoción y prevención; la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuesto para ello; la transformación de los Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados de Psiquiatría; y el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental. (Chiarvetti, S. 2008). También, por otro lado, con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg se elaboraron los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental. En algunas provincias se instalaron dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM)⁷, como parte

⁷ Las RISaM se crearon en el año 1985 a nivel nacional. Es un sistema remunerado de capacitación, con actividades programadas y supervisadas en el marco de un sistema de formación en servicio que permite completar la formación integral profesional, fortaleciendo el proceso de capacitación desde la óptica del equipo interdisciplinario. En la provincia de Santa Fe existen dos sedes: una en Granadero Baigorria y otra en Santo Tomé. La orientación principal de la formación es que el profesional en salud mental debe tener aptitudes para formarse como trabajar de la salud pública, integrando equipos interdisciplinarios dentro de la estrategia de APS -atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva- y debe estar enmarcado en la perspectiva de Enfoque de Derecho. Está destinado a profesionales de las disciplinas de Medicina (psiquiatría), Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia. (Para mayor

de su implementación se censó a la población hospitalaria, se formaron recursos humanos en el área y se acompañaron diferentes transformaciones llevadas adelante por las gestiones provinciales.

No obstante esta propuesta política innovadora no fue suficiente para lograr la transformación del modelo médico-psiquiátrico hegemónico dado que no se puede cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no se cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en su conjunto. A nivel internacional las experiencias desarrolladas en la posguerra mostraron que era posible atender ambulatoriamente las problemáticas que antes se confinaban en internaciones prolongadas.

Durante la década de 1990 se inició una transformación de la relación entre el Estado, el mercado y la sociedad. El gobierno de Carlos Menem implementó políticas neoliberales⁸ las cuales produjeron una reducción del presupuesto destinado a la salud y a la educación, entre otras, en paralelo se visualizó un aumento de la demanda de atención al sector público por parte de la población. En este periodo aumentó notablemente la internación de personas en instituciones psiquiátricas y se visibilizaron notablemente las dificultades de las familias para sostener a los pacientes externados. La crisis del 89 y la reforma del Estado marcaron la desaparición de la Dirección de Salud Mental. Se inició un proceso de descentralización, que derivó que no quedaran establecimientos significativos dependientes del gobierno nacional. Stolkner (2003) afirma que este proceso sin asignación de recursos y con escaso rol participativo del Estado demostró que no existió una política de salud mental desde el estado nacional. Las provincias y los municipios quedaron librados a desarrollar prácticas diversas según las políticas y recursos locales.

Las propuestas neoliberales en el campo de la salud tendieron a desamparar a los asistidos, delegando en las familias y en las comunidades el soporte de su acompañamiento. Estas propuestas igualmente no impidieron el avance de prácticas que se conocieron como “alternativas” al modelo manicomial, en varias instituciones psiquiátricas se retomaron las actividades grupales, las asambleas, se propiciaron talleres laborales y artísticos, se establece la modalidad de hospital de día y se abrieron espacios que favorecieron un trabajo previo a la externación, entre otras actividades.

información acerca de su historia y su programa de formación, se sugiere ingresar en el sitio web: <https://www.risamheep.com.ar/la-residencia/que-es-la-risam>)

⁸ Las políticas neoliberales en ese contexto tuvieron tres características principales: **descentralización** (es el proceso de transferir poder y responsabilidades desde el nivel nacional al nivel provincial o municipal), **focalización** (implica redirigir el gasto de los programas a públicos específicos) y **privatización** (implica la desviación de bienes y servicios públicos al sector privado lucrativo).

En la provincia de Santa Fe, previo a la sanción de la Ley Nacional, en el año 1992, se decretó la Ley Provincial N° 10.772 la misma constituye un gran antecedente, si bien no define explícitamente el cierre de los hospitales psiquiátricos, desarrolla una crítica al funcionamiento del manicomio como tal, busca promover la asistencia basada en la comunidad e incorpora nuevas miradas en la atención basada en el uso controlado de la medicación. En la ciudad de Buenos Aires en el año 2000, se aprobó la Ley de Salud Mental N°448, el objetivo de la misma fue garantizar el derecho a la salud mental. Hace un llamado a la desinstitucionalización, a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas.

En el año 2002, el presidente Eduardo Duhalde unificó el Ministerio de Salud y el Ministerio de Ambiente para crear el Ministerio de Salud y Ambiente, y se sustituyeron los conceptos de “trastornos mentales” y “enfermo mental” por el de “personas con padecimientos psíquicos”. Luego de la crisis económica, social y política que se produjo en el año 2001, los sucesivos gobiernos de Nestor Kirchner y Cristina Fernandez redefinieron la relación entre el Estado, el mercado y la sociedad. Estos gobiernos le reasignaron un rol central al Estado en relación a la economía tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con *enfoque de derechos*. Este enfoque buscó desplazar las ideas tradicionales de necesidades y beneficiarios y lo sustituyó por una matriz que garantizara derechos y sujetos titulares de derechos con poder para exigir su cumplimiento. En el año 2007, bajo la presidencia de Cristina Fernandez de Kirchner se desdoblaron las funciones del anterior Ministerio de Salud y Ambiente y se vuelve a crear el Ministerio de Salud.

Stolkiner (2018) afirma que el nacimiento de las políticas en Salud Mental estuvo fuertemente ligado a los Estados sociales o de bienestar de la posguerra y a la ampliación del ideario de Derechos Humanos. Afirma también que nuestro país adopta y superpone modelos que se desarrollan en Europa y, posteriormente, en Estados Unidos, pero al adoptarlos adquieren características propias de nuestra configuración.

En este sentido, dentro del campo de la Salud Mental fueron apareciendo nuevos actores como las organizaciones de Derechos Humanos, organizaciones de usuarios y familiares, entre otras. Se fueron sucediendo diferentes políticas públicas que incorporan la responsabilidad del Estado en la garantía de derechos de las personas con padecimiento mental. En concordancia a lo anteriormente mencionado en el año 2008 se publica el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (Un informe sobre Derechos Humanos y Salud

Mental en la Argentina)”, este informe condensó y actualizó una serie de denuncias sobre las condiciones de vida en que se encontraban la mayoría de las personas internadas en los manicomios en la Argentina. Encontró eco en la agenda política del gobierno de turno que tenía por ese entonces una política activa en el terreno de los Derechos Humanos.

El retorno de esta perspectiva en el campo de la Salud Mental tuvo relación con una serie de instrumentos internacionales, entre ellos podemos destacar la Declaración de Caracas en el año 1990 que tenía como objetivo la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y cuyos objetivos tenían que ver con poder brindar una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (OPS/OMS, 1990), los Principios para la Protección y el mejoramiento de la atención en Salud Mental, la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad y las recomendaciones principales de la Organización Panamericana de la Salud.

Este enfoque en la gestión de las políticas públicas significaba legislar en relación a una perspectiva de derechos y de no divorciar el derecho a la asistencia del ejercicio de los principales derechos civiles, sociales y políticos. En conformidad a esta mirada, en el año 2007 se promulga la Ley N° 26.378 en adhesión a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y en el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) y se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Del proyecto a la ley: construyendo un marco legal para la salud mental.

El proyecto de dicha Ley fue presentado en el año 2007 por los diputados Leonardo Gorbacz, Fabiana Rios y Emiliano Garcia Mendez. Las reformas más destacables que menciona el proyecto son: la creación de un órgano independiente e intersectorial de revisión de las internaciones forzosas, la fijación de reglas claras que establecen el carácter excepcional de esta medida, la prohibición de crear nuevas instituciones manicomiales y la consecuente y progresiva desinstitucionalización mediante la atención integral en hospitales generales. La iniciativa, también, establece la creación de dispositivos comunitarios de atención ambulatoria y reconoce de manera explícita el respeto de la voluntad de la persona en todo tratamiento de salud mental.

En el año 2009 se presentó nuevamente el proyecto de ley reproduciendo el Dictamen de la plenaria de comisiones de diputados del año anterior, lo que permitió contar con la firma de Diputados de casi todas las fuerzas políticas. El 14 de octubre de ese mismo año logró dictamen por unanimidad en la Cámara de Diputados y pasó al Senado de la Nación en donde

logró la sanción definitiva el día 25 de noviembre del año 2010. En el recinto fue apoyada por 47 senadores, ningún voto en contra y una única abstención.

El proyecto había sido impulsado por la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, integrada por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)⁹, la Secretaría de Derechos Humanos, la Defensoría General de la Nación, asociaciones de familiares de pacientes y usuarios de servicios de salud mental, entre otros.

Los organismos de Derechos Humanos, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), el Ministerio de Salud, varias ONGs, las diferentes asociaciones de usuarios, familiares y profesionales, referentes nacionales en el área de derechos humanos y de justicia se expresaron a favor de la misma ya que se la comprendía como un avance en materia de políticas públicas. Por otro lado, se expresaron en contra las asociaciones de psiquiatras y gremios que nuclean a los profesionales de la medicina, estos expresaban su preocupación por la pérdida del rol preponderante de la psiquiatría en los marcos de las reformas planteadas.

La ley propone un abordaje completamente distinto para pensar los tratamientos en Salud Mental centrándose en el consentimiento informado. Apela a que las internaciones sean el último recurso y que sólo se lleven a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Además se promueve que sean los hospitales generales quienes alojen las situaciones vinculadas a la salud mental. Plantea la prohibición de crear nuevos manicomios, y además, busca el cierre progresivo y la adaptación a los principios de la ley de los ya existentes. Incorpora el tema “adicciones” como una problemática de salud mental que debe ser abordada como parte constituyente de las políticas de salud mental. En su artículo n° 4 menciona *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”*

En relación a la definición de salud mental, el artículo n° 3 la plantea *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social*

⁹ En el marco de lo establecido en el Decreto 696 / 2024 P.E.N, publicado en el boletín oficial el 6 de agosto de 2024, dicho organismo ha sido disuelto. Texto (recuperado el día 19/04/2025): <https://www.boletinoficial.gov.ar/detalleAviso/primera/311795/20240806>

vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” Utiliza los términos “sufrimiento mental” y “padecimiento mental” de diferente modo y omite el término “trastorno”. Faraone (2013) menciona:

“Los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto” (...) “el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer.” (Faraone, 2013, p. 36)

La legislación reconoce a los sujetos con padecimientos mentales como personas con capacidades, dada la complejidad que presentan las problemáticas de salud mental éstas no pueden resolverse con la atención médica exclusiva, por lo mismo reconoce la necesidad de una intervención interdisciplinaria y la importancia de la utilización consciente de la medicación (con objetivos terapéuticos) y de un proceso de atención de carácter ambulatorio, tomando a la internación como un recurso excepcional. Tiene por objeto asegurar el derecho de protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (Art. n° 1).

El Estado a partir de la siguiente ley reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados

En resumen podemos decir que la normativa establece que se debe abandonar y deconstruir la vieja idea de peligrosidad del padecimiento subjetivo que nos ha llevado a propiciar el encierro y distintos tipos de abusos y violencias sobre las personas, para avanzar en una concepción de salud integral como eje de las prácticas. Además, establece que las intervenciones deben encontrarse vinculadas a la concreción de derechos, la centralidad la tienen los usuarios, resultando fundamental su protagonismo tanto en los tratamientos dentro del sistema de salud como en la elaboración de las políticas públicas que les incumben. Esto resulta clave para pasar de modelos y sistemas de anulación, encierro y segregación de la

persona, a la construcción de otros donde se brinden los apoyos necesarios para llevar adelante una vida autónoma e integrada en la comunidad.

En consonancia con la Ley de Salud Mental se encuentra la Ley N° 25.421, la cual establece la creación del Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental (APSM), este tendrá por función propiciar y coordinar las acciones que se deriven de la aplicación de la Ley N° 26.657. El programa establece que las instituciones y organizaciones prestadoras de salud públicas y privadas deberán disponer, a partir de la reglamentación de la presente Ley, los recursos necesarios para brindar asistencia primaria de salud mental a la población bajo su responsabilidad, garantizando la supervisión y continuidad de las acciones y programas. En su artículo N° 4 define a la atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental como *“la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, busca asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronicación.”* (Ley Nacional N° 25.421. Boletín Oficial de la República Argentina).

Es importante destacar que el modelo manicomial no solo tiene que ver con la mera existencia de la institución, sino que es un posicionamiento impuesto e internalizado en la sociedad, en los trabajadores y profesionales de la salud mental y también en los usuarios. Este posicionamiento se reproduce constantemente, en prácticas sociales, en los medios de comunicación, en los discursos, etc. Actualmente, Argentina, se encuentra en un momento de transición, ya que las políticas implementadas desde el Estado para superar la lógica manicomial resultan, todavía insuficientes. El propio gobierno de Santa Fe lo expresa, *“nuestra provincia cuenta con valiosas experiencias alternativas a la lógica de encierro, que requieren ser recuperadas y difundidas. Sin embargo, no se ha logrado aún, la implementación de una política realmente sustitutiva del modelo manicomial hospitalocentrico.”*. (Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. 2022. p. 3).

En síntesis, la Ley significó un reconocimiento a las experiencias y movimientos de las personas usuarias y trabajadoras del campo de la salud mental, fue un gran paso hacia el avance de la desmanicomialización, permitió aumentar la legalidad y legitimidad de formas de trabajo alternativas, con la gradual institucionalización de los dispositivos de salud mental

y la emergencia de nuevos programas sustitutivos. Es una herramienta de suma importancia ya que permite frente a la producción de subjetividades alienadas y heterónomas en dispositivos asilares, proponer y realizar abordajes comunitarios articulados desde la perspectiva de derechos (intentando garantizar el acceso a la vivienda, el trabajo, la educación, etc.) y orientados hacia la integración social del usuario. A partir de su implementación se podrá habilitar para las personas con padecimiento mental, principalmente para aquellas que han atravesado situaciones de internación o vulneración de derechos, la posibilidad de consolidar proyectos de vida autónomos y participar de los intercambios materiales y sociales en su comunidad.

Entre la ley y la realidad: la salud mental en la Argentina contemporánea.

Hay momentos donde es mucho más favorable avanzar en materia de conquista de derechos que otros, los procesos quedan constantemente atravesados por la perspectiva política de los gobiernos. En este sentido, en el último tiempo en la Argentina sucedieron cambios políticos que tienen/tuvieron incidencia en el campo de la salud mental. El 10 de diciembre del año 2023, en nuestro país, asume la presidencia Javier Milei, un economista liberal de ultraderecha. Inició su gobierno con la promesa de terminar con la inflación, dismantelar el aparato estatal y también de luchar contra “la casta”, un término donde incluye a conveniencia a políticos, periodistas, empresarios, sindicalistas, trabajadores públicos o artistas críticos. El Gobierno, tal como lo prometió en campaña, llevó a cabo un ajuste profundo que implicó, entre otras medidas, un recorte de casi un tercio del gasto público —incluyendo áreas como jubilaciones, salud, educación, ciencia y cultura—, el cierre de ministerios y el despido de más de 52.000 empleados estatales¹⁰.

En el inicio de su gobierno, el presidente, envió al Congreso el proyecto de la Ley Bases y Puntos de Partida para la Libertad, el mismo estaba constituido por 238 artículos y abarcaba múltiples temas o modificaciones en diferentes áreas. Representaba un fuerte ataque al campo de la salud mental puesto que se proponía revisar la actual Ley de Salud Mental y a su vez, expresaba la voluntad de crear nuevos manicomios y centros terapéuticos privados, además de facilitar las internaciones involuntarias.

El ex diputado nacional y uno de los autores de la Ley, Leonardo Gorbacz, en el diario Página 12 expresó: *“el proyecto intenta cambiar de un plumazo una ley que fue construida en un*

¹⁰ TN, *El gobierno recorto mas de 52.000 puestos de trabajo desde que asumió la gestión*, TN, 24 de julio de 2025, https://tn.com.ar/economia/2025/07/24/el-gobierno-recorto-mas-de-52000-puestos-de-trabajo-desde-que-asumio-la-gestion/?utm_source=chatgpt.com

debate de tres años con participación de organismos de derechos humanos, profesionales y personas usuarias. ” Además planteaba que las propuestas del gobierno “parecen responder más al reclamo de ciertas comunidades terapéuticas que prefieren tener menos controles y más discrecionalidad para disponer de la libertad de las personas.”

Alicia Stolkiner criticaba el proyecto de ley en dos puntos centrales: *“Por un lado, restaura la figura del juez de manera significativa como decisor de la internación en más situaciones que lo preexistente, y por el otro lado, en el artículo 28 restaura las instituciones monovalentes al reemplazar los hospitales generales por hospitales o centros médicos, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicas o privadas”*

Por otro lado, el gobierno puso en alerta a todos los profesionales de salud mental ya que informó que para el ciclo de ingreso 2025 no se contará con financiamiento para la continuidad de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental. La propuesta del gobierno nacional consiste en la creación de “residencias lineales”, es decir, residencias no ya interdisciplinarias sino de especialidad disciplinar en psiquiatría, psicología clínica y enfermería en psiquiatría, pretendiendo promover una formación en servicio bajo una lógica exclusivamente asistencial que desconoce la perspectiva comunitaria de salud mental.

El cierre de la obra pública (incluyendo la sanitaria), la eliminación masiva de pensiones de discapacidad, los recortes a las provincias (que son las que sostienen la casi totalidad del sistema de atención) y desfinanciamiento de las universidades que forman a los profesionales en grado y posgrado reflejan un claro retraimiento del Estado respecto a su responsabilidad en relación al ámbito público teniendo claramente consecuencias en los procesos iniciados en favor de los derechos humanos. Se manifiesta un claro posicionamiento en favor de abandonar el proceso de desmanicomialización y también un fuerte posicionamiento en favor de legitimar las instituciones manicomiales, pese a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Discapacidad de las Naciones Unidas.

El escenario actual aspira a una sociedad de individuos en soledad, en competencia entre sí, librados a su propia capacidad, sin solidaridad frente al que se fragiliza. Las formas extremas del liberalismo aumentaron considerablemente. El individualismo y la mercantilización que actualmente se observan en las sociedades occidentales se han convertido en obstáculos para la vida en comunidad y para los tratamientos que propone la ley de salud mental, han contribuido con sus políticas y valores a un retroceso en los avances logrados, ya que generaron un crecimiento notable de las desigualdades sociales.

Actualmente las propuestas de quienes defienden la desmanicomialización no pueden ser sostenidas únicamente como un compromiso o una militancia social, se requiere de una exigencia racional para poder comprender y explicar las condiciones que toma la actual realidad en la vida de los sujetos. Es en la sociedad donde se busca comprender el sufrimiento subjetivo y donde se puede construir colectivamente, entre los profesionales y los usuarios, las intervenciones necesarias para transformar la vulnerabilidad social (pobreza, exclusión, discriminación, etc.) a la que las personas se encuentran sometidas.

Las propuestas del gobierno de Milei, en la Argentina, correspondientes a una sociedad liberal, mercantil e individualista no van a dar ninguna solución para mejorar la calidad de vida de los usuarios en salud mental. En lugar de vulnerar aún más los derechos de las personas con padecimientos subjetivos habría que invertir más en salud pública, controlar mejor la salud privada, garantizar la rápida y eficaz atención de las crisis y la continuidad de la atención a las personas y sus familias sin recurrir al abandono (ni en la calle ni en las instituciones), todo esto supone no destruir el Estado, sino mejorarlo.

Capítulo II: Historia del Hospital Dr. Agudo Ávila.

En la provincia de Santa Fe actualmente existen tres hospitales psiquiátricos públicos: La Colonia psiquiátrica de Oliveros; el Hospital Mira López; y el Hospital Dr. Agudo Ávila. En el siguiente capítulo se aborda la historia del último mencionado. El objetivo es situar el análisis en un espacio concreto, reconociendo las particularidades que lo constituyen y que inciden directamente en las dinámicas de los equipos interdisciplinarios.

Se presenta una reconstrucción del surgimiento y la trayectoria del hospital, así como de los principales cambios en su organización y en los servicios que ofrece. Este recorrido permitirá comprender de qué manera la institución se fue configurando en relación con los modelos de atención en salud mental vigentes en cada etapa histórica. A su vez recorreremos diferentes definiciones pertinentes que nos permitan enmarcar a dicha institución y su modo de funcionar.

Institución e institución total: categorías para comprender y pensar el espacio concreto de intervención.

Para comenzar es necesario señalar qué se entiende cuando hablamos de institución, François Dubet (2007), sociólogo francés, destaca la definición de institución que subraya la función de instituir y socializar. Por socializar entiende el hecho de que los individuos interiorizan unas normas y unos valores que les llevan a reproducir un orden social en el curso mismo de su acción. La institución es definida entonces por su capacidad de hacer advenir un orden simbólico y de formar un tipo de sujeto ligado a ese orden, de instituirlo. En este sentido podemos decir que los tres hospitales mencionados anteriormente son representados como instituciones psiquiátricas o manicomios. Las mismas son caracterizadas por lo que Erving Goffman denomina como “*institución total*”.

“La institución total puede definirse como un lugar 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, 1961. p. 13)

Un precepto social básico de la sociedad moderna consiste en que el sujeto tiene que dormir, trabajar y realizar actividades recreativas en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, pero la principal característica de las instituciones totales es justamente la ruptura de las barreras que separan estos tres ámbitos de la vida. En estas instituciones todos los aspectos de

la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, cada etapa de la actividad diaria del sujeto se lleva a cabo en la compañía de un gran número de otros, a quienes se les da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Las actividades que realizan están estrictamente programadas y sujetas al funcionamiento de la institución y al cumplimiento de un sistema de normas.

Goffman también expone que estas instituciones pueden clasificarse en cinco grupos:

- I. Instituciones erigidas para el cuidado de personas incapaces e inofensivas, como los hogares para ancianos, huérfanos, indigentes.
- II. Instituciones erigidas para proteger a la comunidad contra quienes son intencionalmente un peligro para ella, el autor da el ejemplo de la cárceles.
- III. Instituciones erigidas para el mejor cumplimiento de una tarea laboral (barcos, cuarteles).
- IV. Instituciones erigidas como refugios del mundo, que con frecuencia sirven para la formación de religiosos.
- V. Por último, las instituciones erigidas para el cuidado de personas incapaces de cuidarse a sí mismas y que pueden constituir una amenaza involuntaria. En esta clasificación el autor ubica a los hospitales psiquiátricos.

En general los sujetos que se encuentran internados en los hospitales psiquiátricos se pueden calificar como “*pacientes sociales*” son sujetos que en su gran mayoría no cuentan con una familia que los pueda contener y que permanecen internados como consecuencia de la falta de recursos en la comunidad. (Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] & Mental Disability Rights International [MDRI], 2008.)

En el año 2019, en la Argentina, se realizó el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM), el mismo consistió un relevamiento realizado con el objetivo de caracterizar la población internada por motivos de salud mental en los establecimientos de internación monovalente especializados en salud mental, tanto públicos como privados, de la República Argentina. La información se recabó en 21 jurisdicciones y en esta etapa no se incluyeron las provincias de Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y Formosa por no contar con instituciones monovalentes. Fue realizado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. En total se censaron 162 instituciones de las cuales 41 pertenecen al sector público.

El CNSM relevó información correspondiente a la caracterización de los usuarios y las usuarias; su situación económica, habitacional y cobertura de salud, sobre las salidas y comunicaciones que realizan, sobre consentimiento informado y situación judicial, también informó sobre necesidades de las personas, los motivos de internación y la duraciones de las mismas. Tuvo los siguientes propósitos:

- Dar cumplimiento al artículo N° 35 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Contar con un estado de situación de las personas internadas por motivos de salud mental.
- Contar con información para la implementación de políticas.
- Establecer una línea de base para la evaluación de políticas.
- Alentar la producción de información en salud mental en todos los niveles.

Es importante señalar que el registro se realizó sobre una población que nunca había sido censada, ya que las personas internadas por motivos de salud mental no están incluidas en el Censo Nacional de Población, lo que convierte a esta acción en un hecho sin precedentes que permite que dicha población ingrese al sistema estadístico, visibilizando de esta manera a personas que durante años permanecieron fuera del sistema.

Los resultados¹¹ del CNSM arrojaron que en Argentina había 12.035 personas internadas por motivos de salud mental, la mitad de ellas se encuentran alojadas en instituciones del sector público. El lapso de internación de los pacientes promedia los 8,2 años, siendo de 12,5 años en el sector público y de 4,2 en el sector privado.

En cuanto a las características de la población internada, la media de edad fue de 50 años y el rango de la mayor población internada fue de 37 a 63 años, registrándose el mínimo de edad en 7 años y el máximo en 96 años. Mientras que en lo que respecta a la identidad de género: el 49,1% se identificó como masculino; el 45,4% como femenina; el 0,5% intersexual; el 4,7% figura sin dato y un 0,2 se reconoció como trans femenina y trans masculino.

Se observó que el 91,8% de las personas refirieron contar con DNI. No obstante, de este grupo, únicamente el 12,4% refirió tenerlo en su poder. El resto (87,6 %) refirió que estaba en poder de la institución o de algún vínculo familiar.

¹¹ Los resultados obtenidos del CNSM se pueden observar en el informe “Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental” realizado por el Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Secretaría de Gobierno de Salud y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en el año 2019. <https://adecra.s3.amazonaws.com/acom/2021/08/Informe-Primer-Censo-Nacional-de-Personas-Internadas-por-Motivos-de-Salud-Mental-1.pdf>

Otro factor relevado de las personas internadas fue si las mismas sabían leer y escribir (analfabetismo), en relación a esto el 75% de las personas refirieron saber leer y escribir, mientras que el 20,6% refirió no hacerlo, y del resto no se contó con la información.

Otros de los aspectos censados fueron la situación económica y de vivienda de las personas internadas. El 69% manifestó tener ingresos, aunque el 72% de estas refirió no administrarlos. En tanto, el 58% de las personas internadas dijeron tener vivienda, pero sólo el 74% de estas refirió poder disponer de la misma.

Con respecto a la cobertura de salud, el 20,9% de la población internada manifestó tener cobertura pública exclusiva. El 53,6% tiene cobertura de obra social; el 12,6% refiere que tiene un plan estatal; el 8% prepaga y el resto tiene alguna tramitación en curso o no refiere datos.

El censo también tuvo un apartado para establecer si las personas internadas tuvieron acceso a distintos canales de comunicación y realización de salidas. En ese sentido, el 41,6% de las personas refirió poder realizar llamadas telefónicas. De estas personas, el 83,7% refirieron que las llamadas son gratuitas, mientras que el resto informó que eran pagas. El 59,6% de las personas afirmó haber realizado alguna salida en el último mes. De estas personas, el 69% refirió hacer salidas únicamente acompañado. El 34,1 % no recibió visitas.

Con respecto al consentimiento informado se constató que el 28,5% de las personas internadas firmaron consentimiento informado, el 60,4% no lo había firmado, mientras que del resto no se contó con la información. Se preguntó al equipo tratante de cada persona los motivos por los cuales la misma continuaba internada, en relación a esta dimensión, el equipo tratante refirió que sólo el 36,4% de las personas que continúan internadas es por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, el 37,2% refirió que la causa son problemas sociales y de vivienda.

El 36,7% de las internaciones duraron menos de un año, el 9,9% un año, el 16,8% de 2 a 5 años, el 11,3% de 6 a 10 años y el 25% 11 años o más. El máximo tiempo de internación registrado en una institución fue de 90 años.

En la mayoría de los casos los usuarios llevan muchos años institucionalizados. El tiempo que llevan en la institución, la soledad y el no tener vínculos afectivos presentes interesados en ellos produce una segregación efectiva y contribuye a incrementar su falta de autonomía para las actividades de la vida cotidiana. Al ser apartadas de la sociedad las personas pierden los lazos que las unen a sus familias, amigos y comunidades de referencia.

Si la estadía del sujeto es larga, como en la mayoría de las situaciones mencionadas en el informe, se puede producir lo que Goffman ha denominado como “desculturación”, es decir, la pérdida de hábitos, códigos y competencias previas, que incapacita temporalmente, al sujeto, para afrontar ciertos aspectos de su vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga.

Hasta la asunción del último gobierno nacional y en el marco de la leyes mencionadas hubieron diversos intentos de transformación de la lógica manicomial en relación a la atención en la salud mental. Se crearon diversos dispositivos sustitutivos que bregaban por la apuesta a la autonomía y a la integración social. Entendemos por dispositivo:

“...Un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas (...) producen sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder”. (Fanlo 2011. p. 3).

No obstante las instituciones psiquiátricas, como es el caso del Hospital Dr. Agudo Ávila, continuaron siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, se piensa al efector monovalente como la principal opción legitimada frente al tratamiento de los padecimientos subjetivos.

Un recorrido por el paso del tiempo: La historia del hospital Dr. Agudo Ávila.

La creación del Hospital psiquiátrico que actualmente se conoce como el Hospital Dr. Agudo Ávila tiene en sus orígenes en la influencia de la ideología reinante de ese momento. La creación de un espacio para el campo de la salud mental en la ciudad de Rosario tuvo sus inicios en el año 1919 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral. El alienista Antonio Agudo Ávila, propulsor del proyecto de creación de dicho espacio, dialogó con el neurólogo Teodoro Fracassi y con el Círculo Médico. Ávila diseñó un ambicioso programa para el desarrollo de la Psiquiatría en la unidad académica: incluyó en el plan de estudios de la carrera de Medicina tres cátedras psi -estas fueron: Psiquiatría de Adultos, Neuro Psiquiatría Infantil y Psicología Experimental-, planificó la creación de un Hospital de Alienados y promovió la creación de un Instituto de Psico Neuro Patología.

En el año 1921 el Dr. Ávila organizó desde la Facultad de Medicina la obtención de un contrato para alzar el Hospital de Alienados en los terrenos donde funcionaba desde finales del siglo XIX una modesta enfermería anglosajona que al declararse la guerra entre Alemania

e Inglaterra había dejado de funcionar. La enfermería Anglo-Alemana contaba con tres pabellones construidos, y un área de aislamiento y se corresponde con el terreno delimitado actualmente por las calles Suipacha, Ricchieri, Santa Fe y San Lorenzo. Su ubicación frente al Hospital Centenario y a la Facultad de Medicina, así como la posibilidad de reconvertir los pabellones existentes en áreas de internación la volvía en una inversión más que óptima. (Allevi, 2017).

Bajo el primer decanato de la Facultad, conducido por Rafael Araya el proyecto diseñado por Ávila se materializó con los aportes del gobierno de la Provincia de Santa Fe. El 10 de octubre del año 1927 comenzó a funcionar lo que hoy es el actual Hospital psiquiátrico¹² con cinco pabellones. En sus comienzos, debía dedicarse al tratamiento de “enfermos mentales”, tanto de niños como de adultos. Durante sus primeros años el mismo dependía de la Universidad Nacional del Litoral y la lógica dominante estaba guiada por los postulados de la higiene mental.¹³



14

¹² Previo a la creación del Hospital, los alienados de la ciudad se alojaban en el Asilo de Dementes y Mendigos o en la cárcel local. Situación denunciada por los psiquiatras de la época.

¹³ El movimiento de la higiene mental promovía una intervención ambiental sobre los sectores sociales con conductas o caracteres no aceptables, con miras a modificarlos, en tanto se consideraban heredables. Su apuesta era la creencia en la posibilidad de “curar” a los desadaptados y peligrosos para la raza nacional mediante ciertos mecanismos de ortopedia social. (Allevi, 2017. p. 54).

¹⁴ Publicación periodística de la época, (La Capital, 1927). Material cedido por el Hospital Dr. Agudo Ávila.

De acuerdo a la Ley N° 2036 la Provincia le entrega a la Universidad del Litoral los pabellones construidos y establece que no se podrá destinar a otro objeto que no sea el tratamiento de padecimientos subjetivos. A su vez, se obliga a la Facultad de Medicina a proporcionar gratuitamente el tratamiento, la reeducación y la asistencia para los usuarios.

El 20 de marzo de 1928 la Facultad de Medicina avanzó en un contrato ad referendum con el psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi¹⁵ donde se renovaba por tres años su titularidad en la cátedra de Psiquiatría Infantil y se le encomendaba la dirección del Hospital de Alienados. El doctor Teodoro Fracassi se había encargado de forma tácita pero legítima de la dirección del Hospital hasta ese momento.

A finales del año 1929 se crea el Instituto de Psiquiatría sobre la base de las cátedras de “Clínica Psiquiátrica de Adultos”, “Neuropsiquiatría Infantil” y “Psicología Experimental” como una instancia de profesionalización de la disciplina psiquiátrica, con sede en el Hospital de Alienados y sus dependencias. A partir de la creación del Instituto se designa a Ciampi como Director del mismo, profesor de Neuropsiquiatría infantil y Psicología experimental y director del Hospital, monopolizando el desarrollo de todas las actividades académicas relacionadas con la atención psiquiátrica.

En el año 1930 el presidente electo democráticamente, Hipolito Irigoyen, es derrocado y se instaaura en el país un gobierno de facto que decide intervenir la Universidad del Litoral. Esta situación permitió el acceso por reglamento al decanato de la Facultad de Medicina a Teodoro Fracassi, en tanto era el docente con mayor edad en el claustro. El 6 de febrero del año 1931 el neurólogo clausuró temporalmente el Hospital de Alienados, dado que desde el gobierno se había decidido suspender las designaciones y las partidas presupuestarias para cumplir con los cargos y las ampliaciones edilicias, a su vez, el presupuesto se remontaba a las partidas asignadas en el año 1928 que únicamente permitía cubrir los gastos del personal del Hospital, también se dejaba sin efecto los nombramientos de los profesores titulares. Cinco meses después los problemas presupuestarios anteriormente mencionados fueron subsanados con subsidios externos y se concluyeron las obras del Hospital y su reapertura.

En 1930, también, se constituye en Rosario el Comité femenino de la Liga Argentina de Higiene Mental que funcionó como una asociación de beneficencia que tomaba a su cargo

¹⁵ Lanfranco Ciampi se recibió en la Universidad de Roma en el año 1913. Entre 1913 y 1919 fue el vicedirector del Instituto Modelo de Anormales de Roma de Sante De Sanctis, también se desempeñó como suplente y jefe del gabinete de Psicología Experimental en la Universidad de Roma. Además de desempeñarse como médico inspector de asilos-escuelas. Llega a Rosario de la mano del Dr. Ávila y allí tuvo amplias posibilidades de promover un dispositivo de enseñanza y atención amplio y novedoso.

ciertas actividades del Hospital y de la Escuela de Retardados¹⁶. En su amplia mayoría sus miembros se encontraban casadas con médicos renombrados social y académicamente partícipes del Círculo Médico de Rosario, del cuerpo de profesores y autoridades de la Facultad o de instancias estatales. Las damas del comité realizaron ciertos eventos benéficos con el objetivo de recaudar fondos para abastecer los pabellones del Hospital.

Durante el periodo comprendido entre los años 1930 y 1960, no se hallaron registros ni fuentes documentales que aporten información relevante sobre la historia institucional del Hospital Agudo Avila. Este vacío institucional en la reconstrucción histórica se debe a la falta de conservación de archivos y a la inexistencia de documentación sistematizada en esos años. A pesar de las búsquedas realizadas en distintos repositorios y archivos, no fue posible acceder a datos que permitan reconstruir con precisión los acontecimientos, transformaciones o características del Hospital en dichas décadas.

A partir de la década del 1960, el hospital dejó de recibir inversiones económicas significativas, tanto la provincia como la universidad fueron progresivamente abandonando sus responsabilidades para con la institución. Esta falta de sostenimiento financiero e institucional impactó en el deterioro de la infraestructura y en las posibilidades de desarrollo de las actividades asistenciales y formativas.

Las nuevas alternativas que fueron surgiendo a nivel mundial, en relación al tratamiento que debía impartirse a los pacientes internados, orientadas a la desmanicomialización fueron produciendo cambios en la institución. La dictadura cívico militar instaurada en nuestro país en el año 1976 se encargó de desbaratar todo tipo de experiencias alternativas creadas en el Hospital e instauró la internación como el elemento principal de tratamiento psiquiátrico ofrecido por el efector.

En el año 1981 el Hospital se convierte en el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial Centenario, un hospital público de alta complejidad. En ese mismo año se evidenció un aumento de la demanda, lo que ocasionó que la guardia sea atendida por los residentes las 24 horas y los pabellones sean atendidos por los docentes de la universidad (esta situación muestra la dimensión hospital-escuela que ideó el Dr. Agudo Avila).

Con el advenimiento de la democracia dentro del servicio, comienzan a esbozarse nuevamente ciertas prácticas alternativas al dispositivo manicomial. El perfil de la institución

¹⁶ Cuando en el año 1927 se finalizan las obras del Hospital se destina el pabellón norte a la Escuela y de esta manera quedó bajo la esfera del nuevo nosocomio de la facultad. La escuela fue iniciativa del decano Rafael Araya y dio lugar a crear la primera cátedra universitaria de Psiquiatría Infantil del país.

comienza a delinearse como de asistencia en la emergencia de la Salud Mental, aunque sin capacidad de solucionar las problemáticas de las internaciones por tiempo indeterminado.

En esa época (1990) el Efecto carecía de presupuesto propio y de una organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio. Así mismo, se evidenciaba un aumento de la demanda en la ciudad de Rosario y en su zona de influencia. Del mismo modo, resultaba evidente la necesidad de instancias de capacitación, dirigidas hacia los trabajadores, en consonancia con las nuevas perspectivas de atención en salud mental que buscaban una adecuada acción dirigida al usuario y que promovían la desmanicomialización. Para dar respuesta a esta situación el día 9 de octubre de 1991, por resolución N° 1479¹⁷ y de la mano de la Ley Provincial de Salud Mental (Ley N° 10.772) el Servicio de Psiquiatría que dependía del Hospital Centenario se transformó en el actual Centro Regional de Salud Mental. La resolución consideraba que:

- *El Servicio de Psiquiatría del Hospital Centenario de Rosario era el único efector con internación en el Área de Salud Mental en la zona sur de la Provincia;*
- *Que debe dotarse al mismo de las características más acorde a la cambiante realidad y con las transformaciones institucionales imperantes, adaptándolo para constituir un centro receptor y difusor de prácticas y teorías;*
- *Que la descentralización actual aplicada en la Provincia requiere en este caso, de una previa separación administrativa para poder otorgar desde tal autonomía una más adecuada respuesta;*
- *Que tal transformación ha sido consensuada por los profesionales del mencionado Servicio, la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Rosario, el personal de Enfermería y demás servicios, los Gremios existentes y que está inserta en la política y programación que la Dirección General de Salud Mental ha establecido;*
- *Que además es potestad del Gobierno de la Provincia conformar los organismos técnicos que considere convenientes para una mejor prestación de la salud de la población.*

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Provincia de Santa Fe resolvió:

- *1°.- Crear el Centro Regional de Salud Mental "Dr. AGUDO ÁVILA" reemplazo Servicio de Psiquiatría del Hospital Centenario de Rosario. Bajo la dependencia*

¹⁷ Dicha resolución se incorpora como **Anexo I**.

administrativa de la Zona de Salud VIII y programática de la Dirección General orgánica será confeccionada oportunamente por el Ministerio de Salud y Ambiente.

- 2°.- *Las Funciones del mencionado Centro serán la Asistencia, la docencia, la Capacitación y la Investigación en el Área de Salud Mental.-*
- 3°.- *Previa tramitación de estilo, archívese.-* (Ministerio de Salud y Ambiente, Provincia de Santa Fe, 1990).

Desde el año 1991 el CRSM se organiza bajo una estructura hospitalaria que pasa a depender del área VIII (hoy denominado nodo) de la provincia de Santa Fe. Se reorganiza la guardia con profesionales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia y se arma el staff de profesionales permanentes. También aparece la figura del Director que hasta ese momento no se encontraba. En el año 1993 bajo la dirección del Dr. Mossotti se logró una planificación presupuestaria a partir de la ubicación del Centro dentro de los efectores provinciales de salud. A partir del decreto N° 3486 el 23 de octubre del año 2003 se incorpora el C.R.S.M al régimen de descentralización hospitalaria.

En el año 2009 uno de los espacios del sector de internación del Hospital se transformó en lo que hoy conocemos como Centro Cultural “El Gomecito”, pero, recién en el año 2015 se sanciona la resolución provincial N° 0006 que respalda dicha creación. Con dicha resolución pasó de ser un espacio cultural que era parte de la propuesta asistencial del Hospital de Salud Mental Dr. Agudo Ávila para convertirse en un Dispositivo Sustitutivo de la lógica manicomial, dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental. El Gomecito es un espacio abierto a la comunidad que brinda actividades para personas con padecimiento subjetivo promoviendo la restitución de derechos, la integración y la participación activa según las propias posibilidades y saberes. Allí desarrollan actividades productivas y culturales, como talleres de teatro, de baile latino, de cerámica, y de arte. Además, producen una radio abierta.

A partir del impulso y la iniciativa de trabajadores del hospital surgen dos dispositivos asistenciales. Actualmente en la provincia de Santa Fe existen 112 dispositivos asistenciales, habitacionales, socioproductivos y culturales. Según la información que brinda la página del gobierno de Santa Fe los mismos *“son claves para acompañar los procesos de salud mental garantizando la atención integral; así como también a oportunidades de inserción social y laboral, y de acceso a bienes culturales.”* (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s/f).

En el marco de diversas instancias de intercambio entre trabajadores de distintas áreas del hospital, comenzó a visibilizarse la preocupación por la ausencia de espacios habitacionales que permitieran alojar y contener a los usuarios. Asimismo se identificó la necesidad de

brindar una propuesta de tratamiento verdaderamente integral, especialmente para aquellos usuarios que se encontraban en situación de calle, pero también para quienes permanecían internados únicamente por no contar con redes o contención en el afuera de la institución. Estas discusiones propiciaron un proceso de organización interna que derivó, durante los inicios de la gestión anterior -año 2020- en la creación del dispositivo “La Correntina”. Este se trata de un espacio de convivencia donde se intenta que los usuarios puedan desarrollar su vida cotidiana con mayor autonomía, contando con la presencia o disponibilidad de equipos profesionales que brindan apoyo en las actividades de la vida diaria y continúan con los cuidados en salud.

La gestión anterior inició con un proyecto de transformación del hospital, vinculado a una trayectoria de militancia política relacionada con salud mental. Para concretar el proyecto y poner en marcha al dispositivo, se alquiló una casa perteneciente a una hermana de una trabajadora del hospital. En su mayoría, los trabajadores del dispositivo se encontraban precarizados en la etapa inicial. La oferta laboral consistía en horas de acompañamiento terapéutico para garantizar la contención de los usuarios.

En un primer momento, se alojó en la vivienda a cuatro usuarios y se estableció una articulación con el centro de salud del territorio. Posteriormente, ante la imposibilidad de sostener el contrato de alquiler original, se gestionó una nueva vivienda ubicada en calle Tucumán. Esta propiedad de tres pisos cuenta con varias habitaciones, una terraza y una parrilla, además de un espacio contiguo que funciona como una segunda unidad habitacional, aunque forma parte del mismo inmueble.

Actualmente, el dispositivo enfrenta múltiples dificultades en su funcionamiento, derivadas de diversas irregularidades administrativas y organizativas. Como consecuencia, la gestión vigente del hospital mantiene una postura de distanciamiento y cierta resistencia a reconocer formalmente el dispositivo o asumir su conducción, argumentando que su origen y constitución se desarrollaron por fuera de los marcos institucionales establecidos.

Por otra parte, al inicio de la antigua gestión algunos trabajadores del hospital expresaron su preocupación respecto de la escasa inserción laboral de los usuarios. A partir de esta inquietud emergió la necesidad de diseñar un proyecto sociolaboral que promoviera oportunidades reales de trabajo. En este contexto, se evaluaron distintas alternativas y, entre ellas, surgió la iniciativa de constituir una cooperativa de lavandería, aprovechando para ello un espacio en desuso de la vivienda alquilada para el dispositivo la correntina. Esta propuesta dio lugar a una serie de encuentros y procesos de consulta con trabajadores, usuarios y

cooperativas en funcionamiento -entre ellas “el horno no está para bollos”- con el fin de relevar experiencias y referencias pertinentes.

En ese mismo período, el gobierno nacional, en articulación con el gobierno provincial y con una gestión institucional que promovía políticas orientadas a garantizar los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, abrió una convocatoria para la presentación de proyectos, cuyos seleccionados recibirían financiamiento para su implementación. El proyecto impulsado por los trabajadores del hospital resultó adjudicado y, mediante los fondos obtenidos, se adquirieron las primeras máquinas. Asimismo, a través de articulaciones con lavanderías ajenas al ámbito de la salud mental, se desarrollaron instancias de capacitación y formación tanto para los usuarios como para los trabajadores. De este modo, y mediante un sostenido esfuerzo colectivo, se configuró progresivamente la cooperativa “Coopelav”, la cual continúa en funcionamiento hasta la actualidad.

En el año 2022 se sanciona en la Provincia de Santa Fe el Plan Provincial de Salud Mental 2022 - 2028, el mismo tiene como visión y propósito la efectiva transformación del modelo de atención y cuidados en Salud Mental y adicciones, hacia la salud integral y comunitaria con perspectiva de Derechos Humanos.

Para poder conocer más detalladamente la historia de los Hospitales psiquiátricos en la Provincia de Santa Fe dentro de la estructuración del Plan Provincial se creó el “Programa de Memoria y Transformación” cuyo objetivo es poder reconstruir los archivos de memoria de los hospitales monovalentes de la provincia, específicamente el Hospital Dr. Agudo Ávila y la Colonia de Oliveros. A partir de la creación del programa se empezó a trabajar en la reconstrucción de la historia de dichas instituciones desde sus fechas fundacionales, sus mecánicas de funcionamiento, sus lógicas, sobre cómo se constituían los planteles de trabajadores y como y quienes eran las personas que ingresaban en los distintos momentos históricos para ser atendidas en los Efectores.

En el Centro Regional Agudo Avila dicha tarea se volvió más compleja dado que por la falta de espacio físico cada 10 o 15 años según las reglamentaciones que se iban dando en el área administrativa se fueron destruyendo las historias clínicas. A diferencia de la Colonia de Oliveros que logró reconstruir la historia de las intervenciones desde la número uno.

En paralelo a la construcción del Programa y al Plan Provincial se estableció una resolución llamada “tabla de guarda”, actualmente todavía no fue sancionada por el Ministerio de Salud, pero propone poner en resguardo en virtud de la existencia de este programa, las historias clínicas de los monovalentes. El objetivo de esta resolución es impedir que se destruya la

información que nos brindan las historias clínicas, dado que se la considera información sensible.

A partir de la realización de dicho programa se llegó a reconstruir parte de las primeras internaciones en el Hospital Dr. Agudo Avila, el efector cuenta con un libro de ingresos que contiene el primer registro de internación hasta la actualidad. El primer registro es del año 1924, y la fundación formal como Hospital de Alienados data de 1927.

Los primeros registros dan cuenta que muchos de los usuarios que se encontraban internados eran inmigrantes anarquistas, europeos, jóvenes, que se encontraban solos y no tenían familias en Rosario. Podemos ubicar que en ese momento histórico no necesariamente los motivos de internación eran por los diagnósticos de salud mental conocidos actualmente. Estos inmigrantes, en su mayoría, eran traídos por la policía luego de haber participado en algún conflicto por reclamar mejores condiciones de trabajo, tal es el caso de Pedro Larch un croata quien falleció a los 84 años luego de haber transitado una larga institucionalización. Larch según el testimonio de un trabajador del Hospital¹⁸, ingresa al Efector luego de ser apresado por reclamar el incumplimiento de pago de haberes por trabajar, al no entenderle su idioma, sus formas y sus costumbres fue internado en el Efector hasta el momento de su fallecimiento. Lo que da cuenta el caso de Larch es que en esa época muchas de las internaciones no tenían criterio médico.

También en esos primeros años funcionaba el “Instituto de Niños Retardados” que después devino en un espacio ambulatorio, pero que fue la puerta de ingreso de muchas personas que después vivieron toda su vida en el Hospital, este es el caso de Carlos Gomez quien ingresó cuando era un niño y falleció internado en el C.R.S.M.¹⁹

En efecto podemos resumir que estas primeras internaciones remiten a la historia de la creación de los manicomios, al modo de regulación de lo anormal, de lo que se consideraba fuera de la norma, de todo aquello que era disfuncional a la sociedad. El manicomio se constituyó como el lugar privilegiado para alojar a la manía, y la manía según Esquirol, “el padre de la psiquiatría moderna”, eran casi la totalidad de los trastornos mentales de la época. (Galende, 2008)

¹⁸ El testimonio pertenece a un trabajador de servicios generales integrante del Programa de Memoria y Transformación, con una trayectoria laboral de 36 años en la institución.

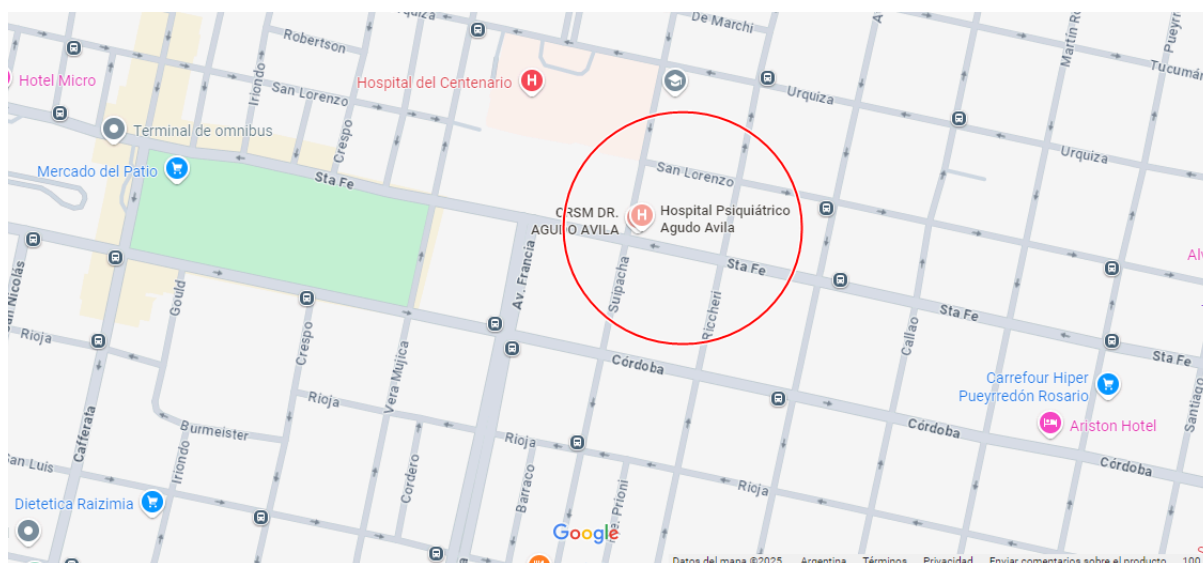
¹⁹ C.R.S.M.: Centro Regional de Salud Mental.

El hospital como espacio construido: Descripción arquitectónica y conformación del Hospital.

El C.R.S.M.²⁰ Agudo Ávila está ubicado en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Actualmente por el crecimiento de la Ciudad se encuentra en un punto macrocéntrico y estratégico. Recibe la demanda de la ciudad de Rosario y toda su zona de influencia. El Hospital es público y monovalente en la especialidad en salud mental. Cuenta con dispositivos de internación para las situaciones de crisis y brinda internación a pacientes de larga institucionalización (crónicos).

Se conforma por diferentes dispositivos de atención: internación; guardia durante las 24 hs del día; consultorios externos; talleres; asesoría jurídica. También el efector cuenta con un *equipo de enlace* que acompaña a las situaciones de usuarios externados que residen en pensiones o casas particulares y que requieren de un seguimiento más frecuente. Cuenta a su vez con dos *Dispositivos de Atención Territorial* (DAT) conformados de manera interdisciplinaria los cuales centran su atención en los lugares donde residen los usuarios.

Espacialmente, la institución, se encuentra en la manzana comprendida por las calles: Suipacha, Santa Fe, San Lorenzo y Ricchieri.



21

²⁰ C.R.S.M.: Centro Regional de Salud Mental.

²¹ Google. (2025). *Captura de pantalla de Google Maps de la ubicación geográfica del Hospital Dr. Agudo Ávila, Rosario, Argentina. [Imagen].*

https://www.google.com/maps/place/Hospital+Psiqui%C3%A1trico+Agudo+Avila/@-32.9403056,-60.6661733,17z/data=!3m1!4m6!3m5!1s0x95b7ab5ab1bc5607:0xbad25a9bfa1f9193!8m2!3d-32.9403101!4d-60.6635984!16s%2Fg%2F1hc1hz8fn?authuser=0&entry=ttu&g_ep=EgoyMDI1MDgwMy4wIKXMDSoASAFAw%3D%3D

La entrada hacia el área de internación y consultorios externos se encuentra por calle Suipacha entre Santa Fe y San Lorenzo frente a la Facultad de Medicina. Al ingresar la primera imagen que se presenta es la de un imponente edificio de tres plantas. Frente a este se extiende un patio externo cercado con rejas verdes y un camino vehicular que conduce al estacionamiento, destinado al uso exclusivo del personal del Hospital/Centro de Salud.

En la planta baja del edificio funciona el Centro de Salud Provincial N° 36. A la derecha se encuentra el acceso a las dos salas de internación del Hospital, señaladas con un gran letrero, previo al ingreso de las mismas se encuentra portería con trabajadores de seguridad quienes son los encargados de controlar y monitorear el ingreso y las cámaras de todas las instalaciones del efector.

En la misma planta baja, además del Centro de Salud, se localizan las áreas de Salud Laboral, Archivo y Mesa de Entrada, todas dependientes del Hospital. En el primer piso se encuentra el Área Jurídica, la farmacia y los consultorios externos. Finalmente en el segundo piso se encuentra la dirección del Hospital, cuyas ventanas dan al patio central interno permitiendo una vista panorámica de las diferentes áreas que conforman la institución.

En la misma manzana en donde se ubica el Hospital se encuentra el Centro Cultural El Gomecito que tiene un patio interno conectado con las salas del hospital.



22



23

²² Santa Fe Provincia. (2025, junio 9). *Fotografía del Hospital Agudo Ávila*. Página del Gobierno de Santa Fe. <https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/283275/>

²³ Langone, E. (2022, septiembre 27). *Fotografía del Hospital Dr. Agudo Ávila*. La Capital. <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/rosario-tendra-el-primer-centro-territorial-salud-mental-n10028626.html>

El ingreso a la guardia del hospital se ubica por calle Santa Fe, entre Suipacha y Richieri. La misma cuenta con una habitación para el equipo profesional, sala de reuniones, sala de enfermería, tres baños, dos consultorios, una sala de espera y tres habitaciones para el uso de los usuarios, un patio y un comedor. Dentro de este edificio, también, se encuentra la oficina de admisión y un cuarto intermedio destinado a internaciones transitorias compuesto por dos habitaciones con 6 (seis) camas, un baño para usuarios y otro para trabajadores. La guardia posee una capacidad máxima de atención para 9 (nueve) usuarios en simultáneo, una vez alcanzado ese límite, los usuarios son derivados a otros centros hospitalarios o trasladados a las salas de internación del mismo establecimiento.

La institución cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por diversos perfiles laborales cuya articulación resulta fundamental para garantizar una atención integral, continua y de calidad para los usuarios. En el ámbito profesional el equipo de trabajadores se encuentra integrado por: enfermeros, trabajadores sociales, abogados, psicólogos, psiquiatras, médicos generales, nutricionistas y acompañantes terapéuticos. Estos profesionales poseen una formación específica que les permite abordar las problemáticas de salud mental desde una perspectiva integral, interdisciplinaria y centrada en los derechos humanos. Complementariamente, el funcionamiento cotidiano de la institución se sostiene gracias al trabajo del personal no profesional compuesto por trabajadores de servicios generales, mantenimiento, seguridad y gastronomía. Estos trabajadores cumplen un rol fundamental en el sostenimiento de las condiciones operativas y logísticas del espacio, garantizan las condiciones básicas de habitabilidad, seguridad, alimentación y limpieza, contribuyendo de manera significativa al bienestar general de los usuarios.

En este entramado institucional se inscriben las prácticas profesionales, entre ellas las del Trabajo Social, cuya intervención no puede comprenderse de manera aislada sino en relación con la estructura organizativa, los marcos normativos y las dinámicas interdisciplinarias que atraviesan la vida cotidiana del hospital. La presencia de múltiples profesiones dentro del efector no garantiza por sí misma una práctica interdisciplinaria. Antes bien, abre interrogantes respecto de cómo se articulan los saberes, qué jerarquías se establecen entre ellos y qué lugar ocupa cada disciplina en la construcción de las intervenciones. Estas cuestiones exigen detenerse a analizar qué se entiende por interdisciplina y cómo se configura en la práctica concreta.

Capítulo III: ¿Qué entendemos cuando hablamos de interdisciplina?

El tercer capítulo se centra en el concepto de interdisciplina, categoría clave para poder comprender las formas actuales de organización del trabajo en el campo de la salud en general y en el de la salud mental en particular. Se busca examinar los fundamentos teóricos que sostienen la práctica interdisciplinaria, así como las tensiones y posibilidades que emergen en su aplicación.

Se parte de una revisión de las principales definiciones y enfoques de la interdisciplina, para luego reflexionar sobre su importancia en la planificación de estrategias de intervención. Este análisis permitirá reconocer el lugar que ocupan las distintas profesiones, los equipos y las dinámicas que se generan a partir de la interacción.

Tejiendo alianzas: el concepto de interdisciplina y sus tensiones en la práctica.

El hospital no es rígido ni estático, en él coexisten diferentes discursos y diferentes prácticas sociales, económicas y políticas, esta coexistencia de diferentes discursos y prácticas implican procesos de conflictos y desajustes. Dentro del campo de la salud mental es posible diferenciar dos paradigmas o modos de intervención: el Modelo Médico Hegemónico sostenido desde la biomedicina y por otro lado, el paradigma basado en los Derechos Humanos, que expresan concepciones ligadas a la teoría de la complejidad en salud y a la necesidad de abordajes integrales. El primer paradigma centra su atención sobre la enfermedad desde una perspectiva biologicista y un abordaje unidisciplinario. Las nuevas concepciones de salud mental exigen cada vez más una presencia de estrategias de intervención en las que se contemple la dimensión social de las diferentes problemáticas que abarca la salud mental, es por lo mismo que el paradigma de la complejidad o de Derechos Humanos concibe a la salud como un proceso dinámico y variable, en el cual se entretajan lo económico, lo institucional y la vida cotidiana, por lo mismo propone un abordaje interdisciplinar.

La Ley de Salud Mental N° 26.657 en el artículo n° 8 manifiesta: “*debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.*”

En el artículo n° 13 expresa que *“Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.”*

La actual realidad y el progresivo aumento de la complejidad de las situaciones con las cuales se trabaja en salud mental nos conduce a abordar diversas opciones de intervención necesarias para dar respuestas a los problemas que se presentan. La interdisciplina es una de estas respuestas. A continuación se hará un breve recorrido teórico para entender de qué hablamos cuando nos referimos a la interdisciplina.

Ya a partir de la década del 80' se hacía evidente que la comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran suficientes desde una única disciplina específica. Alicia Stolkiner plantea la existencia de un movimiento o tendencia, en configuración, que iba de la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. En la base de la interdisciplina se encuentra la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas.

Cazzaniga (2001) retoma las palabras de Emilio Tenti Fanfani²⁴ quien nos dice que la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar una respuesta global a los mismos. La comprensión de las situaciones que se abordan merece un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta óptica no hay una disciplina particular que interviene en la salud mental, en todo caso habría una mirada disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos que la conforman.

Alicia Stolkiner también menciona que *“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la*

²⁴ Emilio Tenti Fanfani nació en Italia y es argentino naturalizado. Es sociólogo y posee el Diploma Superior de Tercer Ciclo en Estudios e Investigaciones Políticas otorgado por la Fundación Nacional de Ciencias Políticas en París. Ha residido y trabajado como investigador y docente en Colombia, México, Francia y Argentina. En 1996 fue designado como profesor en la cátedra “Simón Bolívar” del Instituto de Altos Estudios de América Latina de la Sorbona (París). Es investigador principal del CONICET y profesor titular en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Dirige la serie Educación y Sociedad en la Editorial Siglo XXI (Argentina). Participa en los comités académicos de varias Maestrías y Revistas especializadas en la Argentina y América Latina.

dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner 1987, p. 313).

La interdisciplina es un posicionamiento, no una teoría indiscutible, este posicionamiento parte de reconocer la incompletitud de las herramientas de cada disciplina por sí sola. La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos. La propuesta de la interdisciplinariedad reconoce la necesidad de miradas diferentes para un mismo objeto. Cazzaniga (2001) retoma a Follari ²⁵quien plantea que lo interdisciplinario es la conjugación de lenguajes diferentes, que hablan cosas distintas, por lo tanto implica un arduo esfuerzo, ya que conlleva reunir distintos puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco común. Hay que mencionar que el término interdisciplina no solo incorpora la mirada de otros profesionales, técnicos u otros trabajadores, sino que también, incorpora lo que no se considera disciplina, ni profesión, ni “ciencia”, incorpora aquellas propuestas basadas en el arte, distintos lenguajes expresivos, saberes populares, etc. Vasconcelos (1999) menciona diferentes niveles que se clasifican según los grados de cooperación y coordinación entre las diversas disciplinas, identificando de menor a mayor grado: el **nivel multidisciplinar** que consiste en un conjunto de disciplinas propuestas simultáneamente, sin una mirada integral, por ejemplo la interconsulta. El **nivel pluridisciplinar** que se basa en distintas disciplinas yuxtapuestas ubicadas en el mismo lugar jerárquico, estableciendo relaciones entre ellas, por ejemplo, reuniones clínicas donde solo se intercambian información o se definen estrategias particulares sin cooperación. El nivel llamado **interdisciplina auxiliar** que contempla a una o varias disciplinas que contribuyen al dominio de una sola disciplina con mayor legitimidad, por ejemplo, el saber psiquiátrico, Vasconcelos menciona a Castel que plantea que la psiquiatría para mantener su posición hegemónica en el campo de la salud mental se apropia en forma subordinada de contribuciones de otras disciplinas: “aggiornamiento psiquiátrico”. El **nivel interdisciplinar** es entendido como un grupo de disciplinas relacionadas entre sí, que tienen una axiomática y finalidad común, tendiendo (no necesariamente) a la creación de un campo de saber autónomo; exige la identificación de una problemática común, de las concepciones políticas y

²⁵ Roberto Follari es Doctor y Licenciado en Psicología por la Univ. Universidad Nacional de San Luis. Ha sido asesor de la OEA, de UNICEF y de la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). Ganador del Premio Nacional sobre Derechos Humanos y universidad otorgado por el Servicio Universitario Mundial. Es autor de 16 libros publicados en diversos países, y de unos 150 artículos en revistas especializadas en Filosofía, Educación y Ciencias Sociales. Ha sido traducido al alemán, el inglés, el italiano, el idioma gallego y el portugués. Uno de sus libros más difundidos se denomina “Teorías Débiles (para una crítica de la deconstrucción y de los estudios culturales)”, ha sido editado por Homo Sapiens (Rosario, Argentina).

teóricas básicas, se colocan en común los principios y conceptos fundamentales, hay un esfuerzo por realizar una decodificación recíproca de la significación, de la divergencia y convergencias de esos conceptos, se genera un aprendizaje mutuo. Por último el *nivel transdisciplinar* que plantea la necesidad de coordinación de todas las disciplinas e interdisciplinas del campo sobre la base de una axiomática general compartida; creación de un campo con autonomía teórica, disciplinar u operativas propias en el cual hay una coordinación con vistas a una finalidad común de los sistemas y una tendencia a la horizontalidad de las relaciones de poder.

Cazzaniga también (2001) refiere que la interdisciplina convive en su ejercicio con tres dificultades, estas son:

- Dificultad de orden epistemológico: existe una fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, que se traduce en las formaciones académicas de los profesionales. La limitación de los objetos de conocimiento e intervención dificulta el trabajo de cooperación y esta última aparece como interconsulta.
- Dificultad administrativa: la organización administrativa de las instituciones públicas donde en sus organigramas, que responden a lógicas tayloristas (separación y jerarquización), encontramos generalmente la división de departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesionales, lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. En estas formas de organización institucional la cooperación entre profesionales aparecen como derivaciones.
- Dificultad de lo cotidiano como político: aparecen en los campos de intervención las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan. Estas diferencias se encuentran en relación con los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las prestaciones que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. En el interior de los equipos estas diferencias aparecen como verdaderas asimetrías en el ejercicio de poder.

En este sentido Vasconcelos (1999) argumenta que la práctica interdisciplinar convive con la sombra de un conjunto de estrategias de saber/poder, de competencia intracorporativa, y de procesos institucionales y socioculturales muy fuertes que imponen barreras profundas al intercambio de saberes y a prácticas intra profesionales, colaborativas y flexibles. Los profesionales construyen identidades compactas que “depuran” los estímulos que reciben del

ambiente, establecen ciertas categorías como verdaderas y ciertos patrones de competencia, lo que les da seguridad y estatus. Ante la emergencia de nuevos paradigmas la percepción de los profesionales es experimentada como una ruptura, ven amenazada su seguridad, su estatus adquirido y sus intereses económicos. La tendencia más inmediata es la de crear defensas fuertes frente al cambio.

Para que los profesionales puedan incorporar propuestas de cambios es necesario un mínimo proceso de reciprocidad en términos de salarios dignos, mejores condiciones de trabajo, jornadas de trabajo que eviten el multiempleo excesivo que impide el compromiso con el trabajo y la inversión en entrenamiento y supervisión. Además es necesario poder realizar una fuerte autocrítica entre todos los actores involucrados a fin de poder llegar a construir un diálogo profundo que permita intercambiar diferentes saberes. Desde todos los ámbitos se debe poder contribuir a que esto suceda, especialmente los ámbitos de formación profesional deberán poder transmitir otros modos de pensar y hacer respetando las especificidades profesionales, pero teniendo como objetivo los trabajos en complementariedad.

En síntesis podemos decir que la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en la salud mental hoy. Actualmente no se puede dar respuesta a la multiplicidad de demandas que se presentan en las instituciones desde la soledad profesional. Ante la presencia de demandas cada vez más complejas resultan imprescindibles los aportes de diferentes disciplinas para intervenir desde una mirada en común. Esta acción revela que la interdisciplina no es una suma de campos de saber, sino que es la interacción y complementación de diferentes disciplinas. (Carballeda, 2008).

Afirmar la necesidad de la intervención interdisciplinaria no supone diluir las especificidades profesionales. Por el contrario, exige interrogar el modo en que cada disciplina se posiciona, qué saberes aporta y qué jerarquías se establecen en la práctica concreta. En este sentido, se vuelve necesario analizar la particularidad del Trabajo Social en el campo de la salud mental y su contribución al abordaje interdisciplinario.

Capítulo IV: El Trabajo Social dentro del campo de la salud mental.

En el marco del abordaje interdisciplinario previamente analizado, se vuelve necesario profundizar en la especificidad del Trabajo Social como disciplina y como práctica profesional en el campo de la salud mental.

El Trabajo Social aporta categorías teóricas, herramientas metodológicas y posicionamientos ético-políticos que resultan fundamentales para la construcción de intervenciones integrales. En este sentido, se abordará su definición, sus objetivos y sus modos de intervención, así como las funciones que desempeña en los equipos de internación que conforman el Hospital Dr. Agudo Ávila, destacando los aportes diferenciales que realiza en la atención integral de las personas. Este recorrido busca no solo visibilizar su rol institucional, sino también contribuir a la reflexión acerca de su relevancia en los debates contemporáneos en torno a la salud mental y los derechos humanos.

Trabajo social: ¿Qué es?

La Ley Federal N° 27.072 define a la profesión en su art. n° 4 como: *“una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio, el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”* En relación a lo enunciado, se puede vislumbrar que el Trabajo Social, es una profesión que se enmarca en la perspectiva de los Derechos Humanos, los principios de justicia social y en la búsqueda del bienestar colectivo. Estos elementos constituyen la identidad profesional y enmarcan el accionar del mismo.

La categoría cuestión social se torna central para comprender el significado histórico social de la profesión ya que su emergencia y desarrollo son leídos justamente a partir del surgimiento de la misma. Melisa Campana y Ma. Eugenia Garma (2006) expresan que la cuestión social emerge en paralelo al *“surgimiento del proletariado con expresión política propia, dado que frente al crecimiento de la miseria relativa de importantes contingentes de las clases trabajadoras, el Trabajo Social aparece como una de las alternativas a las acciones caritativas tradicionales para atribuirle una nueva “racionalidad” y mayor*

eficacia al enfrentamiento de la cuestión social por parte del Estado”. (Campana & Garma, 2006. pp. 11).

El Trabajo Social no es consecuencia natural de la evolución de intervenciones anteriores de beneficencia o caridad, aparece en un momento particular en donde el Estado crea las condiciones para su profesionalización, cuando se hace necesaria una intervención técnica cualificada y especializada porque ya no son suficientes las respuestas filantrópicas para responder a los conflictos sociales.

A partir de su profesionalización el Trabajo Social se inserta dentro de la división social y técnica del trabajo propia de las sociedades capitalistas, como trabajador asalariado en una relación de compra y venta de su fuerza de trabajo. En este sentido, Iamamoto (2003) plantea que el trabajador social no posee todos los medios para el ejercicio profesional autónomo, el mismo depende de los recursos previstos en los programas y proyectos de la institución que lo requiere y contrata. Parte de los medios o recursos materiales o financieros y organizacionales necesarios para el ejercicio de la profesión son brindados por las entidades empleadoras. Por más que el trabajador social disponga de cierta autonomía relativa para concretar su trabajo, para organizar sus actividades depende del Estado, empresa o entidad no gubernamental que lo contrata, por lo mismo la institución interviene como organizador del espacio de trabajo de la profesión. Como profesionales, los trabajadores sociales, se ubican en las políticas que expresan una relación entre el Estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos. Los derechos se constituyen como una responsabilidad del Estado y por lo tanto se materializan con intervenciones estatales.

La intervención profesional como eje del ejercicio del Trabajo Social.

El trabajador social es un profesional que interviene sobre las diversas manifestaciones de la cuestión social expresadas como problemas sociales. Aylwin de Barros entiende que los problemas sociales son la manifestación de una carencia que afecta a sectores considerables de la población impidiéndoles satisfacer sus necesidades básicas y lograr el pleno desarrollo de sus potencialidades humanas. En este sentido, el problema social se expresa en tres dimensiones: económica, sociopolítica y cultural y por ello no admite una definición, ni una sola solución personal o individual. Los problemas sociales tienen un origen estructural que se manifiestan individualmente. Los problemas tienen como característica ser interdependientes entre ellos y por lo tanto como objetos de la intervención profesional son una realidad compleja. Al Trabajo Social le compete definir los problemas sociales en tanto

problemas de intervención profesional, identificando aquellas dimensiones que pueden transformarse, los recursos necesarios y a que sujetos involucran.

Como se expresó anteriormente, las intervenciones de los trabajadores sociales se llevan adelante a partir del surgimiento de ciertas demandas que son el resultado de las diversas manifestaciones de la cuestión social, manifestaciones que son vivenciadas cotidianamente como obstáculos en la reproducción de la existencia por los sujetos. Es decir, el trabajador social efectiviza su intervención a partir de una demanda realizada tanto por una persona como por una institución, la demanda es una manifestación de la expresiones de desigualdad y antagonismos económicos, culturales, políticos e ideológicos concretos de la vida cotidiana. Se entiende como intervención profesional “*la puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional*”. (Cazzaniga, S. pp. 1). La autora entiende que la intervención es un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica y de cómo esa visión se materializa en esa acción con sentido. La intervención, en tanto trabajo, quehacer o práctica intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que se le es presentada.

Cazzaniga destaca dos dimensiones relevantes de la intervención:

- La demanda que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto particular.
- La intervención como proceso artificial, de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención, instituciones, sujetos individuales y colectivos, y desde el propio sujeto profesional). Por lo tanto, le exige al sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar la demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención. El accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas.

La intervención se inicia cuando aparece una demanda, estas pueden ser entendidas como expresiones de la cuestión social y pueden clasificarse en *demandas directas* -provenientes de los sujetos- y *demandas indirectas* - de familiares, vecinos, profesionales u otras instituciones del barrio-. Ambas demandas se caracterizan por su fragmentación y heterogeneidad y pueden agruparse en: *demandas efectivas*, aquellas que se corresponden con los recursos que provee la institución y se relacionan con los programas en los que se inscribe el servicio social, y *demandas generalizadas*, son aquellas que refieren a un concepto integral de la vida

de los sujetos que se corresponden con objetos de satisfacción que no disponen las instituciones en donde el trabajador social ejerce, su resolución requiere de otro tipo de organización de políticas compatible con un enfoque universalista y de interseccionalidad e integralidad. (Nucci, Crossetto, Bilavcik, & Miani, 2018).

En síntesis, una vez que los trabajadores sociales recepcionan las demandas de los usuarios se pone en marcha un conjunto de herramientas propias del ejercicio profesional: entrevistas, visitas domiciliarias, gestión de recursos, realización de informes sociales, entre otros, buscando comprender y decodificar las trayectorias de los sujetos con los cuales se interviene. La intervención debe ser pensada como una interacción, un diálogo en donde reconozco al otro como un sujeto de derecho, en pos de generar ciertas herramientas que promuevan su autonomía.

La inclusión del trabajo social en el campo de la salud mental.

La inclusión del Trabajo Social en el campo de la salud mental es producto de las transformaciones que ha sufrido el concepto de salud a lo largo del tiempo y de la emergencia de diferentes situaciones y problemas que desde el campo biologicista fueron y son ignoradas pero que irrumpen en la vida de los sujetos causando un padecimiento.

Como se ha desarrollado en el primer capítulo de esta tesis, la salud en un principio surge asociada a la ausencia de la enfermedad, reduciéndose al plano de lo biológico, y tendiendo a medicalizar a los sujetos como única respuesta. Esta forma de entender a la salud, propia de la concepción del Modelo Médico Hegemónico, resultó insuficiente para dar respuesta a los diferentes problemas que se presentaban en el ámbito de la salud en general y en el de la salud mental en particular. Estos problemas abarcaban diferentes dimensiones de los sujetos en los procesos de salud-enfermedad-atención. Para poder brindar una respuesta más adecuada fue necesario incorporar nuevas disciplinas, además de la medicina y la enfermería. Es aquí donde se sitúa la inclusión del Trabajo Social en los procesos de salud-enfermedad-atención.

La trayectoria del Trabajo Social en el campo de la salud mental es resultado de diversos procesos que confluyen y se entrelazan en las relaciones entre sujetos en diferentes espacios institucionales y contextos sociohistóricos. Los capitales que se disputan en el campo, en términos de Bourdie, poseen contenidos en relación a cómo se concibe la salud, los sujetos, los derechos y la responsabilidad estatal en la provisión de recursos. La especificidad y el

marco teórico referencial del Trabajo Social se construyen en relación a los capitales, ya mencionados, que se disputan en el campo.

Las intervenciones del Trabajo Social parten de concebir a la salud como un derecho humano, y desde una perspectiva de abordaje integral, donde se consideran a los sujetos en su totalidad, incorporando todas las dimensiones que lo constituyen y no de forma fragmentada. El objetivo de la inclusión del Trabajo Social en los procesos de atención fue poder contextualizar en tiempo y espacio a los usuarios del sistema de salud, corriendo el eje biologicista de la atención del síntoma de la enfermedad hacia la comprensión del modo de vida de la población, incluyendo las dimensiones socio históricas, culturales, económicas y simbólicas de la vida cotidiana de los sujetos.

Según Laura Coll, trabajadora social y ex directora del Hospital Dr. Agudo Ávila (entrevista personal, octubre de 2025), el Trabajo Social se inserta en el hospital a partir del año 2002. En un principio se incorporaron dos trabajadoras sociales para todas las áreas del efector (guardia, internación y consultorio externo), su intervención se ejercía a modo de interconsulta. Es decir, los equipos profesionales, integrados por especialistas en psiquiatría y en psicología, solicitaban la opinión, evaluación o intervención de las trabajadoras sociales con el fin de complementar, ampliar o profundizar el abordaje de situaciones.

Con el tiempo, esta forma de trabajo comenzó a evidenciar algunas dificultades, ya que se hacía visible y se acentuaba una fragmentación en la atención. La intervención por interconsulta, al depender de la demanda puntual de los equipos, generaba que el trabajo social actuará de manera esporádica y reactiva, sin posibilidad de sostener un seguimiento continuo de las situaciones ni de participar en la construcción conjunta de los criterios de abordajes.

Es en este marco, en donde comenzaron a mostrarse e identificarse tensiones vinculadas a la necesidad de una participación más estable del trabajo social en los procesos de atención. En respuesta a esto, las trabajadoras sociales elaboraron un proyecto institucional que proponía ampliar el área del trabajo social y sumar a nuevos profesionales, con el fin de garantizar una presencia más activa en el funcionamiento cotidiano del hospital. Dicho proyecto planteaba la necesidad de abandonar la lógica fragmentada y avanzar hacia un modelo de atención interdisciplinario más integral.

De esta manera, se decidió conformar un único gran equipo de profesionales que se dividirán en “mini equipos” los cuales contarían, como mínimo, con la representación de psicología, psiquiatría y trabajo social. Esta estructura buscaba asegurar que cada disciplina estuviera presente desde el inicio en el abordaje, favoreciendo la complementariedad de saberes y la

toma de decisiones en conjunto. En la actualidad, en cada una de las dos salas de internación del hospital trabajan dos equipos interdisciplinarios.

La intervención profesional del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de internación del Hospital Dr. Agudo Ávila.

Como se mencionó anteriormente los profesionales del hospital, en su mayoría, trabajan de manera interdisciplinaria. La actual complejidad de los problemas que atraviesan los usuarios que acuden a la institución exige y demanda una colaboración entre las diferentes profesiones. En los escenarios actuales, ninguna disciplina por sí sola logra dar respuesta a la totalidad de los fenómenos que se presentan, se trata de problemáticas atravesadas simultáneamente por dimensiones biológicas, sociales, culturales, económicas y subjetivas. Desde esta perspectiva, la interdisciplina permite reconocer la incompletitud de las herramientas de cada profesión. Implica la posibilidad de construir un espacio común de diálogo, negociación y problematización donde los marcos epistemológicos de cada profesión se ponen en juego y se entrecruzan para elaborar explicaciones compartidas acerca de los hechos y situaciones de los usuarios.

El Trabajo Social, dentro de los equipos, aporta una perspectiva determinada, una mirada propia. Los profesionales tienen la capacidad de leer críticamente *lo social*, entendido esto como el entramado de relaciones, prácticas, significados, normas y conflictos que son parte de la trayectoria de vida de los sujetos, trayectoria muchas veces marcada por la desigualdad, la vulneración de derechos, las relaciones de poder, entre otras. En este sentido, los profesionales buscan comprender las trayectorias individuales y mediar entre las instituciones, las políticas sociales y el cumplimiento de los Derechos Humanos. El Trabajo Social se sustenta en conocimientos históricos, sociológicos, económicos, psicológicos, jurídicos, entre otros. Tiene como campo de acción la cuestión social en sus diversas manifestaciones. En los equipos, el aporte del Trabajo Social, permite visibilizar las desigualdades sociales y materiales que condicionan las trayectorias de vida y son constitutivas de los padecimientos de los sujetos.

Interviene fundamentalmente a través de un instrumento particular denominado política social, estas pueden ser entendidas como “*un conjunto de intervenciones de la sociedad sobre sí misma, que pautan los modos en que se produce el proceso de integración social*”. (Andrenacci, L. & Soldano, D. 2006. pp 19). Las políticas sociales inciden en el bienestar de las personas, ya sea cambiando, manteniendo o facilitando sus condiciones de vida. Tratan de

mejorar el bienestar humano a través de la cobertura de las necesidades de los ciudadanos en aspectos como la educación, la salud, la vivienda y la protección social en general.

Para analizar las intervenciones del TS dentro de los equipos es necesario poder retomar el concepto de **estrategias de intervención**:

“Las estrategias de intervención son un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional, así como de su análisis. Definir o planificar estrategias supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos, cuya particularidad va a estar dada por la manera específica en que se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones, con las características de los agentes (su biografía personal o familiar), condiciones sociales de los mismos, así como situación macro social (contexto económico, políticas sociales, etc).” (González, 2001. p. 8).

Este enfoque permite comprender que las estrategias no son recetas ni procedimientos fijos, sino que son construcciones que se elaboran en función de las particularidades de cada situación y de las características institucionales. Las estrategias de intervención ponen en acto dispositivos de poder que están constituidos por recursos económicos, culturales y sociales que se activan en la intervención profesional. Estos recursos incluyen conocimientos especializados, relaciones formales e informales, programas sociales, saberes institucionales, y marcos normativos.

En el caso de los trabajadores sociales del área de internación del hospital, las intervenciones presentan una gran heterogeneidad. Los tiempos, los objetivos, los puntos de partida, los recursos, las necesidades y demandas de los sujetos con los que se trabaja son esencialmente distintos. Los objetivos son singulares y presentan particularidades diversas. Es necesario partir de la realidad concreta y en función de las condiciones materiales, y de los intereses de los usuarios construir la estrategia de intervención más adecuada. Esto implica reconocer la trayectoria de los individuos, sus vínculos, sus experiencias, así como también, los obstáculos que enfrentan en el ejercicio pleno de sus derechos.

En este sentido, la intervención del trabajo social se configura como un proceso dinámico, reflexivo y situado que se reelabora constantemente en el marco de la interdisciplina. La construcción conjunta con otros profesionales permite ampliar la comprensión de la situación, delimitar los objetivos y proyectar acciones coherentes con las necesidades de los usuarios y con las capacidades reales de la institución.

La especificidad del Trabajo Social según González Saibene (2014) se encuentra en el conjunto de estrategias diseñadas -planificadas, proyectadas- a fin de trabajar con los sujetos

afectados por la exclusión y la vulnerabilidad social, con el propósito de lograr su inclusión. El trabajo Social se caracteriza por su incidencia, con objetivos de modificación, resolución, superación, en situaciones particulares.

Un ejercicio central de la práctica profesional es la problematización de las intervenciones que se realizan. Problematizar es una decisión ética y política. Implica cuestionar lo dado, desnaturalizar prácticas e identificar las condiciones sociales, institucionales y subjetivas que estructuran los problemas que atraviesan los sujetos. En este sentido, la intervención, puede realizarse de manera mecánica -limitándose a responder demandas concretas o a cumplir procedimientos- o desde una mirada crítica, en donde se busque comprender el sentido de las situaciones, las relaciones de poder implicadas y los efectos que producen las intervenciones en la vida de las personas. La problematización complejiza lo que antes parecía simple o natural, visibiliza dimensiones del problema antes no incluidas, vincula intereses y propuestas ignoradas.

La intervención del Trabajo Social en el área de internación comienza desde el mismo momento en que los usuarios ingresan a las salas. Este ingreso no es un hecho aislado, implica la apertura de un proceso de atención en el que distintos profesionales serán convocados. En ese marco, se asigna un equipo tratante que será el responsable de acompañar, evaluar y construir una estrategia de intervención acorde a las necesidades de cada usuario.

El primer encuentro del equipo y de los usuarios constituye una instancia clave para el reconocimiento de las diversas dimensiones que atraviesan el proceso de internación. En esta etapa inicial, los profesionales buscan informarse, conocer y acercarse a la realidad de los usuarios. Además, este primer encuentro permite la posibilidad de dejarse conocer por ellos. En síntesis, significa establecer las bases de un futuro trabajo conjunto a partir de la integración y la construcción progresiva de un vínculo de confianza que ese momento operativo posibilita.

El primer acercamiento entre el equipo y los usuarios despliega una herramienta fundamental en el proceso de intervención: la entrevista.

Carballeda (2018) dice que la entrevista puede ser entendida como:

“Un juego de múltiples interacciones, donde se construyen diferentes preguntas y respuestas. Asimismo, es posible pensarla como un devenir donde transcurren una serie de intercambios discursivos a través de otros lenguajes que se expresan en distintos momentos y encuentros. La entrevista está construyendose ahí: donde, los temas que la atraviesan articulan lo

público y lo íntimo y suelen expresarse como referidos no sólo a hechos externos sino además a vivencias, significaciones e imaginarios sociales.” (pp. 1).

En el Trabajo Social, la entrevista es una relación signada por la intervención. El vínculo que se establece entre el usuario y el profesional está orientado y atravesado por la interpelación de los efectos de la cuestión social, por las trayectorias de los sujetos y por su relación con las instituciones públicas. Se trata de un espacio que busca comprender, construyendo una relación que permita acceder al padecimiento del usuario desde su propia expresión, habilitando a decir aquello que estaba callado, ocultado o negado por la desigualdad, la opresión o el dolor. Al mismo tiempo, en la entrevista también emergen relatos que dan cuenta de capacidades, momentos de plenitud, alegrías, proyectos, sueños y posibilidades.

Los trabajadores sociales del área de internación orientan su intervención a partir de una serie de problemáticas que se presentan de manera recurrente en la práctica cotidiana. Entre ellas, se identifican situaciones vinculadas al *ámbito familiar*, tales como la ausencia o debilidad de redes de sostén, la sobrecarga emocional que enfrentan las familias y la angustia de los mismos frente al padecimiento del ser querido. Esto suele incidir directamente en los tratamientos frente al padecimiento y en la toma de decisiones.

Del mismo modo, emergen con frecuencia *problemáticas de orden económico*, que se expresan en la insuficiencia de los ingresos, la inserción laboral en sectores informales o precarios, la inexistencia de inserción laboral en numerosos casos y la reducción de ingresos como consecuencia del padecimiento o de la internación prolongada.

Otra dimensión relevante es que el Trabajo Social aborda las cuestiones relacionadas con el *hábitat y las condiciones de vivienda*. En muchas situaciones la falta de vivienda o el mal estado de la misma se constituyen en factores que agravan la situación de salud o dificultan el egreso hospitalario.

Así mismo, los trabajadores sociales de los equipos intervienen ante las dificultades vinculadas a la *burocracia administrativa*, muchas veces estas representan una barrera para los usuarios. Se brinda orientación y acompañamiento para la gestión de trámites, actualización de documentación personal, acceso a programas sociales, articulación con obras sociales u otros organismos de salud.

Laura Coll, trabajadora social y ex directora del hospital expone, en una entrevista realizada para el presente escrito, que *“el Trabajo Social favorece los procesos de enlace con lo comunitario, que esta función no es exclusiva ni excluyente de la profesión, pero sí representa una posición en el modo de intervenir. La profesión cumple una función de ‘puente’ o de ‘enlace’ con lo comunitario”*. (Entrevista personal, octubre 2025).

El periodo de internación con frecuencia se presenta para los usuarios como una experiencia agotadora cargada de tristeza o marcada por la soledad, por lo mismo requiere de la intervención de profesionales que puedan ofrecer contención y apoyo desde una perspectiva integral. No obstante, es importante reconocer que, en determinados casos, la internación también puede constituirse en un espacio de alivio, resguardo y contención frente a situaciones de vulnerabilidad o crisis. En este sentido, resulta fundamental que el Trabajo Social contribuya a sostener el proceso de atención desde una mirada en donde se reconozcan las dimensiones subjetivas y sociales de los sujetos y su padecimiento promoviendo la construcción de vínculos de confianza y la articulación con redes familiares e institucionales. Algunas de las funciones generales de la profesión son:

- Seguimiento de las situaciones de los usuarios internados.
- Registro y sistematización de todas las situaciones.
- Brindar información, orientación y asesoramiento de los recursos sociales.
- Construcción de estrategias interdisciplinarias.
- Trabajo en conjunto con las distintas profesiones del Hospital colaborando en el aporte de datos para facilitar las estrategias de intervención.
- Y otros.

En síntesis, podemos decir que las intervenciones de los trabajadores sociales en el hospital y más particularmente en los equipos interdisciplinarios del área de internación no se limitan a responder a demandas puntuales, sino que se orienta a comprender y abordar integralmente las condiciones sociales que atraviesan los usuarios que cursan un periodo de internación. Sus intervenciones buscan no solo acompañar la internación sino también fortalecer los lazos sociales y promover el acceso a derechos, entendiendo que la salud es un derecho que se encuentra atravesado por las diferentes condiciones de vida y las relaciones y las oportunidades de cada persona, se debe pensar a la salud en pos de la construcción de la ciudadanía.

Desde una dimensión teórico-metodológica, las intervenciones comprenden un conjunto de prácticas que incluyen la utilización de herramientas que se pueden describir como instrumentos operativos, procedimientos y técnicas, entre ellas reconocemos la entrevista (ya explicada anteriormente), el informe, las políticas sociales, entre otras.

Dentro de los equipos, las intervenciones del Trabajo Social, se encuentran interpeladas por el desafío de no reproducir las lógicas manicomiales que han estructurado históricamente los modos de atención y tratamiento de los usuarios con padecimiento subjetivo. Estas lógicas sustentadas en dispositivos de encierro y en una concepción tutelar del sujeto han contribuido

a la reproducción de las prácticas de exclusión y al silenciamiento de las voces de quienes padecen. En este sentido el quehacer profesional requiere asumir un rol ético-político que promueva los procesos de desmanicomialización, entendidos no solamente como un cambio institucional sino como una transformación cultural y política, esto exige revisar críticamente las prácticas profesionales y los sentidos que la orientan, dado que su intervención puede contribuir a sostener o disputar las lógicas establecidas.

De este modo, el Trabajo social se configura como un actor clave en los procesos de transformación de las prácticas de salud mental, apostando, siempre que el profesional lo quiera, por una intervención que desnaturalice las prácticas manicomiales y contribuya a la construcción de intervenciones más democráticas, inclusivas e interdisciplinarias.

En función de los desarrollos teóricos y del análisis realizado acerca de la interdisciplina y de la especificidad del Trabajo Social en el campo de la salud mental, a continuación se presenta una propuesta disciplinar que busca aportar a la consolidación de prácticas acordes al paradigma de derechos humanos y a la profundización del trabajo interdisciplinario en la institución.

Capítulo V: Propuesta Disciplinar.

Propuesta de intervención profesional orientada a la revisión crítica de las intervenciones realizadas en el área de internación.

Fundamentación.

Las situaciones que enfrentan los profesionales del área de internación del Hospital Dr. Agudo Ávila se caracterizan por su complejidad. Dicha complejidad exige una articulación permanente entre las diferentes profesiones que conforman el efector, dado que, en los escenarios actuales, ninguna disciplina, por sí sola, logra dar respuesta a la totalidad de las problemáticas que se presentan.

Si bien el trabajo desarrollado en páginas anteriores se centra en los aportes del Trabajo Social en los equipos de internación del Hospital, entendiendo que dicha disciplina interviene de manera interdisciplinaria junto a otras profesiones del campo de la salud, resulta relevante para esta propuesta de intervención ampliar la mirada hacia el conjunto de las prácticas profesionales que se desarrollan en el área. El Trabajo Social realiza aportes específicos desde una perspectiva integral, articula dimensiones institucionales, sociales y subjetivas, y sus intervenciones se construyen necesariamente en diálogo con otras disciplinas del campo.

En este sentido, la interdisciplina propone el reconocimiento de la incompletitud de las herramientas propias de cada campo disciplinar y puede ser entendida como un intercambio cooperativo, en el que la relación entre disciplinas se configura como un interjuego constante y dinámico de choque y encuentro. El objetivo de este proceso es arribar a una mirada en común generada a partir de la interacción entre los diversos marcos epistemológicos que sustentan cada profesión. Tal como señala Stolkiner (2005), la actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos y requiere necesariamente de ella. Asimismo, la conformación de equipos interdisciplinarios implica cierto grado de compromiso, participación y responsabilidad en relación con los objetivos comunes, así como un nivel de delegación de la autoridad por parte de la estructura organizativa.

En el marco de mis prácticas como estudiante de Trabajo Social y a partir del análisis institucional he observado que en la cotidianidad del trabajo en el área de internación, mediada por la interacción entre diferentes profesionales, las demandas de los usuarios y las prescripciones institucionales, se presentan tensiones entre lo exigido y lo posible. Determinadas situaciones complejas generan en los equipos interdisciplinarios de referencia un desgaste sostenido, lo cual limita la capacidad de respuesta y afectan las intervenciones.

Siguiendo los aportes de la Psicodinámica del Trabajo, particularmente de Christophe Dejours, estas tensiones no solo impactan en la organización del trabajo, sino también en la subjetividad de los trabajadores, pudiendo dar lugar a experiencias de sufrimiento, desgaste y a la construcción de estrategias defensivas individuales.

La nula o escasa existencia de instancias sistemáticas de revisión de las prácticas limita la posibilidad de elaboración colectiva, obstaculiza el reconocimiento entre pares y favorece la reproducción de intervenciones mecánicas dificultando el sostenimiento de abordajes integrales. En este marco, considero pertinente la creación de espacios de revisión de las prácticas llevadas adelante por actores externos, que habiliten ámbitos de reflexión crítica y de reconocimiento del trabajo real.

La propuesta de intervención consiste en la creación de un equipo interdisciplinario destinado a retomar, analizar y acompañar las diferentes situaciones complejas que, en la práctica cotidiana, evidencian un marcado agotamiento por parte de los equipos ya constituidos. La creación de este espacio tiene por objeto fortalecer los procesos de intervención y generar instancias de reflexión conjunta que permitan mejorar la calidad del abordaje y las tomas de decisiones.

Es muy importante que en nuestra cotidianidad podamos pensar-repensar nuestras intervenciones y tener como ejes centrales el para qué y el por qué de las mismas. Por lo tanto considero que la conformación de este equipo tiene que abrir una puerta para poder reflexionar. El encuentro con el otro, con lo otro, precisa de un trabajo reflexivo sobre la práctica. Es necesario poder trabajar sobre lo que nos sucede, con lo que hacemos y pensamos. El trabajo de reflexión permite e invita a que reconozcamos nuestros límites y trabajemos la capacidad de saber cuándo recurrir al equipo, en este caso el nuevo equipo conformado, para pedir sostén.

Esta propuesta se inscribe en una perspectiva que reconoce la importancia del trabajo cooperativo, la complementariedad de los saberes y la necesidad de dispositivos internos que prevengan la sobrecarga profesional. Por lo mismo, el equipo a conformar estará integrado por las profesiones de psiquiatría, psicología y trabajo social. La presencia de estas disciplinas permitirá articular diferentes dimensiones, como por ejemplo, las clínicas, las subjetivas y las sociales.

Objetivo general.

- Contribuir, en el marco del proceso de intervención del área de internación del Hospital, a la instalación de espacios sistemáticos de revisión de las prácticas profesionales (de carácter no evaluativo), con el propósito de problematizar las intervenciones y estrategias implementadas, fortaleciendo la integralidad y la calidad de la atención, y también promoviendo el cuidado y el sostén de los equipos interdisciplinarios de trabajo.

Objetivos específicos.

- Generar instancias de reflexión críticas sobre las intervenciones cotidianas llevadas adelante por los equipos de internación tratantes.
- Promover el diálogo interdisciplinario entre las diferentes profesiones que conforman los equipos.
- Visibilizar tensiones, malestares y estrategias frente al trabajo cotidiano, favoreciendo estrategias de intervención más integrales e interdisciplinarias.

Propuesta de intervención.

La presente propuesta consiste en la implementación de espacios periódicos de revisión de las prácticas en el área de internación, coordinados por un equipo interdisciplinario externo a los equipos tratantes. Dichos espacios se desarrollarán en modalidad de encuentros grupales, con la participación de profesionales que integran los equipos de internación.

Los encuentros estarán orientados a la puesta en común de situaciones de trabajo cotidiano, con el objetivo de problematizar las intervenciones realizadas, recuperar saberes construidos en la práctica y favorecer instancias de reconocimiento entre pares.

El rol del equipo externo será facilitar el dispositivo, garantizando un encuadre que promueva la escucha, el respeto por la diversidad de miradas y la reflexión colectiva, sin carácter evaluativo ni sancionatorio y sin superponerse a las funciones propias de los equipos tratantes.

La intervención se plantea como un dispositivo situado, cuyo valor radica en la posibilidad de abrir interrogantes, generar reflexión crítica y promover prácticas más integrales y conscientes en el trabajo.

Para poder llevar adelante esta propuesta, en un primer momento será necesario abrir una convocatoria de profesionales para poder conformar y consolidar el equipo de trabajo. En

dicha convocatoria se priorizará un perfil profesional que promueva abordajes integrales, comunitarios e interdisciplinarios.

En un segundo momento, una vez consolidado el equipo, se procederá a su presentación formal ante los demás equipos interdisciplinarios que integran el hospital. El objetivo de este encuentro es poder brindar una instancia informativa en la cual se expliciten las funciones del nuevo equipo y la finalidad de la propuesta, se buscará promover espacios de reflexión conjunta orientados a fortalecer y mejorar los abordajes institucionales.

En un tercer momento, se consultará a cada equipo interdisciplinario acerca de aquellas situaciones que, desde su experiencia cotidiana, generan mayor desgaste en la práctica profesional, ya sea a situaciones de usuarios o a malestares institucionales. A partir de esta identificación inicial, el equipo coordinador comenzará a trabajar sobre dichas situaciones, tomando como insumo los relatos y experiencias de los equipos, con el fin de avanzar en el diseño de estrategias orientadas a la revisión y problematización de las prácticas.

La propuesta se configura como un dispositivo situado cuyo valor radica en la posibilidad de abrir preguntas, producir sentidos y habilitar espacios de reconocimiento del trabajo que se realiza. Se vincula con una ética de la intervención que asume la complejidad como punto de partida, reconoce la dimensión colectiva del trabajo y apuesta a la construcción de condiciones institucionales que permitan sostener prácticas más humanas, reflexivas e integrales en el ámbito de la internación hospitalaria.

Reflexiones.

A lo largo de mi recorrido como estudiante fue emergiendo una inquietud persistente en torno a lo propio y específico del Trabajo Social. Esta preocupación se vinculó con la necesidad de indagar cuáles son los aportes específicos que realiza la profesión en los equipos interdisciplinarios del hospital Dr. Agudo Ávila y de reconocer el valor de sus intervenciones en los distintos espacios institucionales. Más que definir de manera abstracta qué es o qué hace el Trabajo Social, mi interés estuvo puesto en visibilizar, a partir de las prácticas concretas, el lugar que ocupa la profesión en la articulación entre sujetos, instituciones y contextos sociales. Este recorrido no fue sólo académico, sino también profundamente político y personal, ya que implicó revisar mi propia formación y posicionamiento como futura profesional.

En el contexto sociopolítico actual, atravesado por políticas que tienden a deslegitimar el rol del Estado y a reducir las intervenciones en el campo de la salud, el Trabajo Social como profesión se ve tensionado, cuestionado y, en muchos casos, deslegitimado, en tanto se promueven miradas que tienden a individualizar los padecimientos y a reducir las intervenciones estatales. Frente a ello, considero necesario revalorizar el Trabajo Social, esto implica asumir una disputa de sentidos en torno al rol profesional, afirmando su aporte específico en la construcción de abordajes integrales en salud mental, donde la intervención se orienta a problematizar las condiciones sociales de producción del padecimiento, acompañar las trayectorias de vida y sostener procesos de cuidado que no pueden ser reducidos a lógicas de mercado ni a respuestas fragmentadas.

Si bien nociones como “la restitución de derechos vulnerados” o “la construcción de ciudadanía” aparecen de manera recurrente en los discursos profesionales para dar respuesta a la pregunta acerca de qué hace el Trabajo Social, dichas formulaciones resultan, en muchos casos, abstractas si no se las ancla en las prácticas concretas de intervención. Este trabajo se propuso, entonces, problematizar esas definiciones generalizantes y avanzar en la comprensión de los aportes del Trabajo Social en un espacio concreto de intervención, entendiéndolo como un saber situado, que se construye en la articulación entre marcos teóricos, decisiones ético-políticas y prácticas cotidianas, otorgándoles densidad y sentido en contextos institucionales y sociales determinados. Su función va más allá de atender demandas puntuales: se configura como un puente, un enlace entre los usuarios, sus familias y la comunidad, integrando recursos internos y externos para favorecer los procesos de atención.

La incorporación del Trabajo Social al hospital se produjo en el año 2002, con un equipo conformado por apenas dos profesionales. Desde entonces y hasta su posterior ampliación y consolidación, la labor profesional fue atravesando un proceso de fortalecimiento y redefinición de sus modalidades de intervención. En ese recorrido, la práctica se ha ido consolidando en relación a la coordinación interdisciplinar y el acompañamiento integral, la intervención no es sólo reactiva sino que es estratégica y planificada.

Entender la intervención como estratégica y planificada implica concebir las prácticas profesionales como procesos reflexivos y no como respuestas automáticas frente a la demanda. Es estratégica en la medida en que cada decisión –qué se prioriza, qué se posterga, con quién se articula, desde qué encuadre se interviene– se inscribe en una lectura crítica de la situación y en un horizonte de transformación que orienta la acción. No se trata únicamente de resolver una demanda, sino de definir cómo y para qué se interviene. Por otro lado, es planificada porque supone delimitar objetivos claros, seleccionar herramientas acordes y prever instancias de revisión de lo actuado. La planificación, en este sentido, le otorga coherencia y sentido a la práctica, evitando que las intervenciones queden capturadas por la urgencia, la rutina o la fragmentación.

Desde esta perspectiva, las prácticas de intervención dejan de ser meramente operativas para convertirse en espacios de producción de sentido, donde el/la trabajador/a social asume su responsabilidad técnica y ética. Intervenir estratégicamente implica sostener una posición profesional que articule análisis, decisión y acción, habilitando procesos más integrales y evitando que la práctica se reduzca a la ejecución administrativa de demandas.

En función del recorrido realizado, considero que los principales aportes del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios se vinculan, en primer lugar, con la recuperación de las trayectorias de vida de los sujetos, entendidas en su dimensión familiar, comunitaria y social. Este trabajo de reconstrucción permite comprender los procesos de salud–enfermedad–atención más allá del episodio puntual de internación, situando a los sujetos en su contexto y reconociendo la historicidad de sus experiencias.

Asimismo, el Trabajo Social aporta una mirada que permite pensar el transcurrir de los sujetos por el hospital desde una lógica de cuidados, imprimiendo a las intervenciones una perspectiva que articula lo institucional con la vida cotidiana. En este sentido, la intervención habilita procesos de acompañamiento que contemplan las condiciones materiales, simbólicas y vinculares que atraviesan a los sujetos.

A su vez, sostengo que el Trabajo Social cumple un rol central en el reparo y la consolidación de la existencia interdisciplinaria. A mi entender, la profesión puede constituirse como

propulsora y garante del abordaje interdisciplinario, en tanto recupera y pone en circulación los aspectos socioeconómicos, familiares y comunitarios que conforman el contexto cercano de los sujetos. Al presentar y problematizar estas dimensiones en su complejidad, se habilita desde el inicio la puesta en juego de las miradas singulares de cada profesión, favoreciendo la construcción colectiva de estrategias de intervención orientadas a los procesos de atención.

Desde una perspectiva profesional, sostengo que el Trabajo Social, dentro del ámbito hospitalario, se encuentra en una posición estratégica para desarrollar intervenciones y estrategias superadoras de la lógica manicomial, promoviendo abordajes basados en el cuidado, la singularidad de los sujetos y comprometidos con los Derechos Humanos.

Asimismo, reafirmó la importancia de la formación continua como una dimensión central del ejercicio profesional, en tanto permite revisar críticamente las prácticas, fortalecer el trabajo interdisciplinario y sostener posicionamientos ético-políticos comprometidos frente a contextos institucionales y sociopolíticos en permanente transformación.

La revisión crítica de las prácticas no puede quedar reducida a la iniciativa individual ni a instancias ocasionales de capacitación. Por el contrario, requiere la construcción de dispositivos institucionales que habiliten la problematización colectiva del proceso de trabajo reconociendo que es allí donde se producen tanto las intervenciones como sus límites y tensiones. Sostener estos espacios es una condición de posibilidad para que el Trabajo Social continúe afirmando su especificidad, fortaleciendo su posicionamiento ético-político y disputando sentidos en el campo de la salud. En ese movimiento reflexivo y colectivo se juega la potencia transformadora de la profesión.

Bibliografía.

- Allevi, J. (2017). *Sociabilidades, redes y expertos. La emergencia de un espacio de ciencia y clínica psi en la ciudad de Rosario (1920-1943)*. (Tesis de posgrado. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).
- Amarante, P. (2009). *Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Topia Editorial.
- Andrenacci, L. & Soldano, D. (2006). Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino. En *Andrenacci, L. (compilador): Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires, UNGS-Editorial Prometeo, 2006.
- Aylwin de Barros, N. El objeto del Trabajo Social. En *Revista de Trabajo Social, Santiago de Chile*. (s/f)
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En *Sociología y cultura* (pp. 135-141). México, D. F.: Editorial Grijalbo.
- Campana, M. (2012). *Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud*. Rosario, Argentina: Prohistoria Ediciones.
- Campana, M & Garma M.E. (2006). Los caminos conceptuales para dar cuenta del “sobre que” en la formación profesional de Trabajadores Sociales en la UNR. En *Revista Cátedra Paralela N°3*. pp. 5- 18.
- Carballeda, A. J. M (2008). *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto*. Buenos Aires. Paídos.
- Carballeda, A. J. M. (2018). La palabra, la mirada y la escucha en los procesos de formación profesional: La entrevista como espacio de encuentro en la intervención del Trabajo Social. En *Revista Margen*. Recuperado de: https://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unid04/apunte03_04.pdf
- Cazzaniga S. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales N° 27*.
- Cazzaniga S. El abordaje de la singularidad. En *Revista desde el Fondo. Cuadernillo N° 22. UNER*. (s/f).
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) & Mental Disability Rights International (MDRI). (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

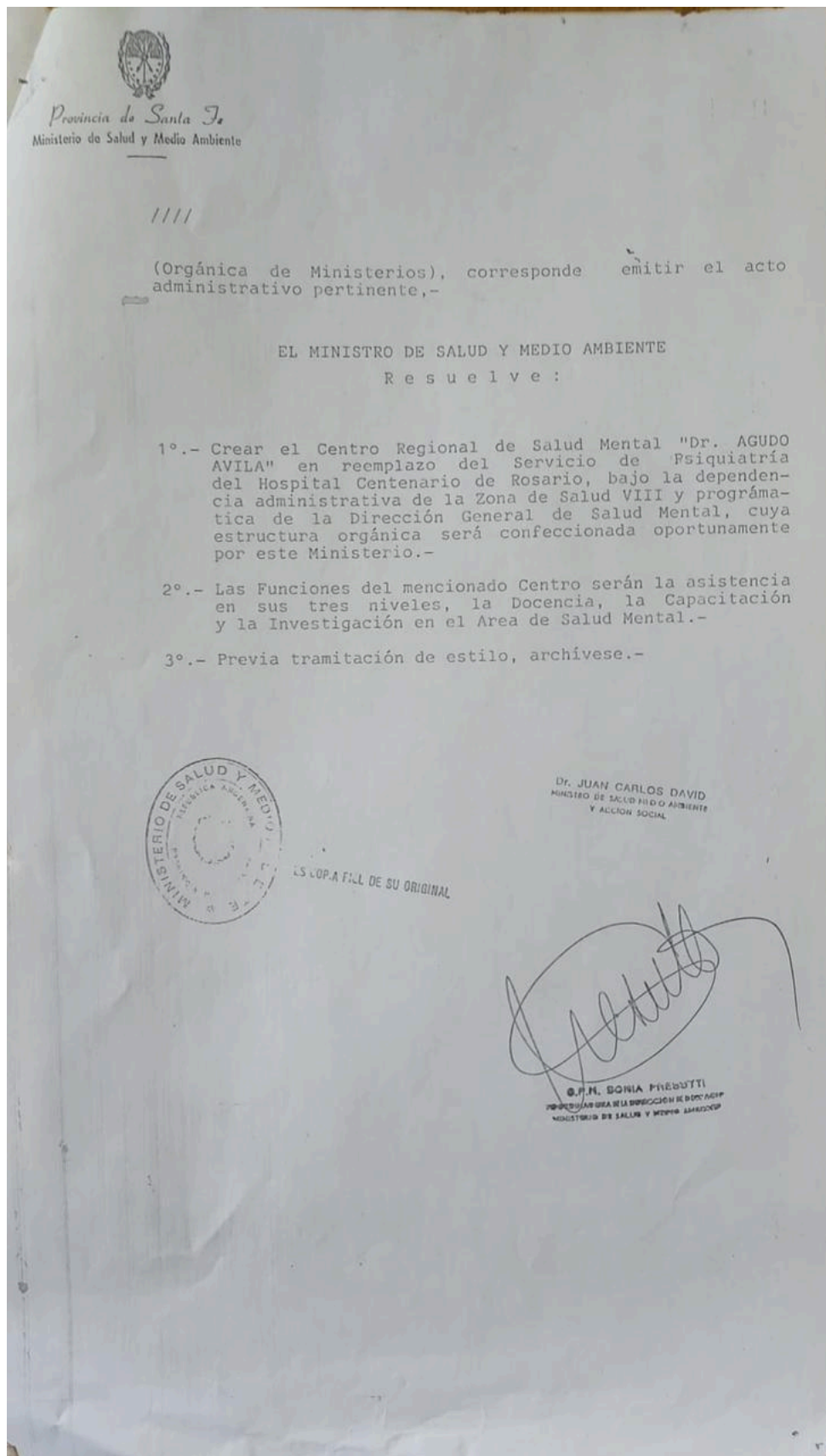
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Hacia la construcción de una política en salud mental. *En Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII. Buenos Aires, Argentina.*
- Congreso de la Nación Argentina. (1994). *Constitución de la Nación Argentina* [arts. 42 y 75]. Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>
- Congreso de la Nación Argentina. (2014). *Ley Federal de Trabajo Social N° 27072*. Boletín Oficial de la Republica Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *En Revista Salud Mental y Comunidad. N° 3.* (pp. 29-40).
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*. Apunte de cátedra, Módulo de Inclusión universitaria, Universidad Nacional de Rosario. <https://apunty.com/doc/algunos-problemas-complejos-de-salud-debora>.
- François, D. (2007). El declive y las mutaciones de la institución. *En Revista de Antropología Social.* (pp. 39-66).
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Galende, E. (2008). Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización: Desmanicomialización institucional y subjetiva. *En Psicoanálisis, Vol XXX, N°2/3,* pp 395-427.
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben. *A Parte Rei,* 74, (pp.1-8).
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* (7° ed.) Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1961).
- González, C. (2001). La intervención en el abordaje familiar. *Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba. Mimeo.*
- González Saibene, A. (2014). El mito del “Objeto” en Trabajo Social. *En Rumbos TS, año IX, N° 10.*
- Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional.* Cortez. Brasil

- Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (pp. 451-464). Buenos Aires, Argentina.
- Nucci, Crossetto, Bilavcik, & Miani. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. En *Revista digital de Trabajo Social*. Vol 1.Nº2.
- Provincia de Santa Fe. (1991). *Ley provincial N° 10.772, "Ley de Salud Mental"*. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Argentina.
[https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/117692/\(subtema\)/252744](https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/117692/(subtema)/252744)
- Provincia de Santa Fe. (1991). *Resolución Ministerial N°1479: Creación del Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila"*. Documento institucional inédito.
- Provincia de Santa Fe. (2022). *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028*. Recuperado de:
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907>
- Provincia de Santa Fe. (s/f). Sitio oficial del Gobierno de Santa Fe.
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/252751/\(subtema\)/252744](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/252751/(subtema)/252744)
- Resnik, D. (2023, 29 diciembre). Salud mental: Milei impulsa el regreso de los manicomios y quiere "internaciones involuntarias". *Página 12*.
<https://www.pagina12.com.ar/699320-salud-mental-milei-impulsa-el-regreso-de-los-manicomios-y-qu>
- Sautu, R. (2007). ¿Cómo se hace una investigación en Ciencias Sociales?. En Sautu, R. (comp.) *Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*. Buenos Aires, Ediciones Lumiere, pp. 21-36.
- Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e Indisciplinas*. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires Ed. Nueva Visión. pp. 313-315.
- Stolkiner, A. (2003). *Nuevos enfoques en salud mental*. Ponencia presentada en el 14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental / I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A. & Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría*.

- Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista: Soberanía sanitaria* n° 4. Buenos Aires, Argentina.
- TN. (2025, julio 24). *El Gobierno recortó más de 52.000 puestos de trabajo desde que asumió la gestión.* TN.
<https://tn.com.ar/economia/2025/07/24/el-gobierno-recorto-mas-de-52000-puestos-de-trabajo-desde-que-asumio-la-gestion>
- Vasconcelos, E. (1999). Servicio Social e Interdisciplinariedad: El ejemplo de la Salud Mental. Documentos sin datos editoriales.
- Ventureira, A. (2020). *El cambio de paradigma en Salud Mental: análisis y problematización con respecto a la política sustitutiva y sus dispositivos.* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Rosario). Repositorio Institucional
<https://rephip.unr.edu.ar/items/ff14b4ce-4779-4ee4-88e2-743a4b4a98d0>

Anexos.

Anexo I. Resolución N° 1479. Material proporcionado por el Hospital Dr. Agudo Ávila.





Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud y Medio Ambiente

K: 203.171

RESOLUCION N° 1479

Santa Fe, - 9 OCT 1991

VISTO el aumento de la demanda preventiva y asistencial en Salud Mental en la ciudad de Rosario y en su zona de influencia, como así mismo la necesidad de una capacitación acorde a las necesarias investigaciones que permitan una adecuada acción dirigida al usuario; y

CONSIDERANDO:

Que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Centenario de Rosario es el único efector con internación en el Area de Salud Mental en la zona sur de la Provincia;

Que debe dotarse al mismo de las características más acordes con la cambiante realidad y con las transformaciones institucionales imperantes, adaptándolo para constituir un centro receptor y difusor de prácticas y teorías;

Que la descentralización actual aplicada en la Provincia requiere en este caso, de una previa separación administrativa para poder otorgar desde tal autonomía una más adecuada respuesta;

Que tal transformación ha sido consensuada por los profesionales del mencionado servicio, la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Rosario, el personal de Enfermería y Servicios, los Gremios existentes y que está inserta en la política y programación que la Dirección General de Salud Mental ha establecido;

Que además es potestad del Gobierno de la Provincia conformar los organismos técnicos que considere convenientes para una mejor prestación de la salud a la población;

Por ello y en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 75° 2da. parte de la Constitución Provincial y 11° apartado b) inciso 4 de la Ley 10.101

////

ROSARIO, 15 de Noviembre de 1991.-

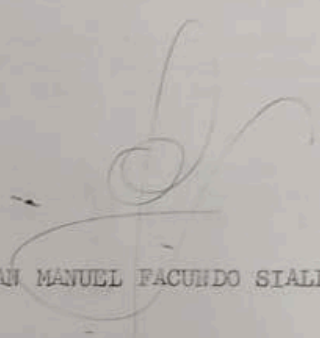
Al P. A. C.

Dr. Lebenshon, Fidel

P R E S E N T E

Queremos hacer llegar a Ud. el texto //
de la Resolución Ministerial N°: 1479, de fecha 09 de Octubre de 1991,
mediante la cual por el esfuerzo y solidaridad de todos se ha conse-/
guir crear el CENTRO REGIONAL DE SALUD MENTAL "AGUDO AVILA", que im-
plica a nuestro entender un avance en la historia de la Salud Mental/
de nuestra ciudad.

Sin otro particular, se saluda atenta-/
mente.-



DR. JUAN MANUEL FACUNDO SIALLE

Anexo II. Entrevista a Laura Coll (L). A cargo de Nadia Caraballo (E).

Realizada el día viernes 21 de marzo del año 2025. Inicio: 14.15 h; culminación: 15.27 h. Duración total de la grabación en minutos: setenta y tres (73').

Duración de la desgrabación de los minutos seleccionados: cuarenta y tres minutos, veinticuatro segundos (43' 24").

Procedo a realizar un recorte en la transcripción de la entrevista realizada, me concentraré en los primeros cuarenta y tres minutos dado que son los temas que me interesa poder recuperar de manera textual puesto que considero que los aportes realizados por la persona entrevistada resultan enriquecedores para mi Trabajo Integrador Final.

Me presento ante la entrevistada comentando que soy estudiante de Trabajo Social y explicando que me encuentro desarrollando mi Trabajo Integrador Final. Le comento que realicé mis prácticas pre profesionales en el Hospital Dr. Agudo Ávila y que me interesa conocer acerca de la historia del mismo ya que me fue difícil encontrar bibliografía específica. Le consulto, si es posible grabarla, a lo cual la entrevistada accede sin dificultades. Comenzamos la entrevista en la cual ella me comienza hablando del programa de Memoria y Transformación.

L: Los archivos en función de este, de la estructuración del plan provincial del 2022, entre el 2022 y el 2023 sale la resolución del plan, el plan tiene dentro de su esquema, no se si lo tenes... el plan provincial...

E: el nuevo?

L: el único, no hubo otro

E: ah no!

L: el plan provincial viene a ser el diseño programático de lo que la ley provincial y la nacional, la ley provincial es del 91, de 1991, esa ley se sancionó esa ley, que es la Ley de Salud Mental Provincial la 10.772 esa ley nunca tuvo su correlato programático presentado hasta hace dos años atrás. Dentro de la estructuración del plan se armaron programas y dentro de esos programas uno es el Programa de Memoria y Transformación, dentro de ese programa se llevaron antes distintas acciones que tienen que ver con unas cuestiones de memoria entre ellas está la constitución de los archivos de la memoria de los monovalentes, los dos que se lograron constituir fueron: el de la Colonia de Oliveros y el del Agudo Ávila. ¿Que implica esa constitución? es empezar a darle forma, nos empezamos a reunir un conjunto de personas que estábamos interesadas en trabajar en ese tema, en ese momento yo estaba como Directora del hospital e igual conformaba el equipo y ahora continuo digamos como parte del equipo, nosotros lo que constituimos fue un gran equipo entre los integrantes de los dos monovalentes y venimos trabajando muy sinérgicamente en los procesos de constitución de estos archivos que en cada lugar se van dando de modos diferentes por las propias lógicas institucionales, por los propios espacios y por cómo cada uno pudo o no resguardar determinado material sobre el cual empezamos a trabajar. En el Agudo producto de la falta de espacio, está la dificultad del espacio físico, entonces, durante muchísimo años cada quince o diez años según las reglamentaciones que se iban dando en el área administrativa se fueron destruyendo las historias clínicas. A diferencia de la Colonia de Oliveros que logró reconstruir desde la número uno. (silencio) Con un sistema de archivo

bastante más contundente en el aspecto de historia clínica y no así con un montón de otra documentación y registros que sí pudimos empezar a recolectar desde el Agudo. En paralelo al programa, al plan, y demás se dejó escrita una resolución que todavía no fue sancionada desde el Ministerio de Salud, que pone al resguardo justamente, en virtud de la existencia de este programa, las historias clínicas de los monovalentes, se llama “tabla de guarda” y lo que hace es impedir que se destruya esa información siendo que se considera información sensible en términos de los archivos. Esa resolución está enunciada estrictamente para los monovalentes, porque no podíamos avanzar a todo el ámbito sanitario, en un momento le dabamos resguardo puntualmente, sobre todo por la simplificación en términos de procesos de atención, y las cuestiones de identidad que están vinculadas a las personas que se asisten en un monovalente. Entonces así empezamos a trabajar en la reconstrucción de la historia de las instituciones desde su fecha fundacionales, de sus mecánicas de funcionamiento, sus lógicas, sobre cómo se constituían los planteles de trabajadores y como y quienes eran las personas que ingresaban en los distintos momentos históricos para ser atendidas en los efectores. Nosotros particularmente tenemos un material que es valiosísimo, que estaba muy descuidado, que es un libro de ingreso que tiene un tamaño así (hace referencia con la mano a un cuadrado grande) que no se puede escanear entonces estamos transcribiendo en un excel, línea por línea, de ese libro que tiene su primer registro de ingreso en 1924. La fundación formal, oficial de la institución como Hospital de Alienados es de 1927.

E: A mi me aparecía (alusión a internet) que en 1920 se crea como un hospital-escuela y en 1927 comienza a funcionar.

L: En 1924 primer ingreso. La institución tuvo una historia previa, que es muy anterior a 1920, que es cuando se constituye, gran parte de la parte edilicia de la institución, de la estructura edilicia data de la enfermería angloalemana, que luego declarada la guerra en 1914 empiezan a pasar cosas y se retira y queda la estructura y en ese momento se empieza a utilizar, el suelo, el terreno es de la Universidad, de la Facultad de Medicina, depende de la Universidad. En un momento determinado eso se termina cediendo para, hoy las dependencias son distintas, una cosa es la Universidad Nacional y la otra el Ministerio de Salud. Hay un momento donde se cede formalmente... tenemos los documentos...

E: Tengo anotado que es en 1991 que pasa de provincia.

L: pero previo a eso, se cede el terreno, y entonces ya lo empieza a regular el Ministerio de Salud. El problema es que en el mismo terreno funciona la Cátedra de Psiquiatría de Adultos y la Cátedra de Psiquiatría de Niños, PAIDO psiquiatría y psiquiatría de adultos. Entonces todavía la universidad en lo que es el entorno hospitalario tiene su parte. Todo el material que nosotros fuimos encontrando estaba resguardado, por decirlo de alguna manera, en un sector dentro del edificio de la cátedra de psiquiatría, pero gran parte ese material le pertenece a la función que tuvo el hospital como parte, entonces tuvimos que hacer un convenio, generar un convenio de cooperación entre la universidad y el hospital para poder acceder a ese material y transformarlo en material de archivo de la memoria del hospital. ¿Se entiende?

E: sí!

L: Después empezaron a aparecer otros materiales, pasó mucha gente en todos estos años, va a cumplir en breve 100 años de funcionamiento oficializado, digamos, que se ha llevado cosas. Hicimos algunas actividades del área de memoria donde invitamos, por ejemplo, acá hicimos una en donde invitamos a los trabajadores que ya estaban jubilados a traer cosas y

donarlas, o donar objetos o donar historias, hemos armado como un sector para relatar, todo eso es material que estamos generando y editando, esta en una etapa inicial todavía, de constitución ese archivo... Pero bueno nos hemos enlazado con el archivo provincial de la memoria que viene trabajando conjuntamente con nosotros y nos han ayudado muchísimo, porque hay algo de lo específico, técnicamente hablando que es el modo de dar tratamiento a los materiales para resguardarlos, que es como clasificarlos, que se puede considerar un material de archivo en determinadas condiciones y características, como guardar ese material para que después eso pueda constituir en algún momento, la idea es que eso tenga después un área pública de consulta... Pero bueno, todo esta en una etapa muy preliminar la que estamos haciendo, porque primero que la hacemos personas que tenemos la dedicación de nuestros cargos para otras tareas, eso lo vamos armando por interés personal y cuando vamos pudiendo...

E: no es una tarea única...

L: no estamos dedicados exclusivamente, ojalá pudiéramos, pero no es el caso. Pero bueno de a poco creo que también vamos incentivando a las estructuras, digamos, de gestión a que se agende esto como un elemento importante. De hecho hemos logrado que se financie este trabajo con el archivo provincial, porque las personas que vinieron a trabajar, trabajaban extra, entonces hubo que hacer pagos diferencial, digamos, por estas tareas, pero bueno, consideramos que era importante porque sino podríamos poner en resguardo lo que no había estado resguardado por casi cien años iba a ser inviable que eso permanezca, dure en el tiempo. Estamos hablando de material fotográfico en vidrio por ejemplo, que hubo que limpiar, sacar hongos, osea, cosas muy técnicas, que se requería de una expertiz que no teníamos ninguna de nosotras, digo, lo integramos psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, los que nos fuimos interiorizando e interesando a la vez por ser parte de ese equipo de trabajo, no es que hubo una designación formal en un momento determinado. Nos interesamos y nos constituimos, como que en realidad, era un trabajo mas, que surgió de los propios trabajadores, motorizado por las gestiones de ese momento, que bueno desde la dirección de Salud Mental y desde las dos direcciones de los monovalentes en la que en una estaba yo y en la otra estaba una compañera que es psicóloga, Mariana Chichimo, también entendiendo que era muy relevante hacerlo lo pudimos llevar adelante, pero bueno, eso no necesariamente es algo que se tome ... Esta gestión que está actualmente, también, le hizo lugar, digamos, da continuidad al trabajo, pero bueno, el punto es instalarlo para que después venga alguien y de un plumazo te lo borre ¿no? porque consideramos que esto tiene que ver también con la recuperación de identidades, de muchos casos, a pasado que en la Colonia, en los últimos dos años, se restituyeron identidades a partir de este trabajo, de personas que habían sido internadas durante casi toda su vida, e hijos de esas personas que han logrado restituir su identidad a partir de poder encontrarse con las historias clínicas, con bueno, esto con sus historias ¿no? sobre todo que entendemos que ha habido momentos, determinados momentos, en la historia que los ingresos en las instituciones monovalentes venían a cumplir distintas funciones, no eran solamente la función del cuidado o la atención ... en los distintos momentos de la historia, quiero decir, ha habido muchos ingresos de NN en determinados momentos, cuando uno rastrea este libro de ingresos, en estos primeros años de los que yo hablo incluso previo al 27, nos hemos encontrado con un dato que alguien por ejemplo de historia, que a lo mejor le interese mucho ese momento histórico puede ayudar a entender porqué había tantos inmigrantes anarquistas que terminaron internados acá cuando uno ubica que los diagnósticos no necesariamente eran motivos de internación, eran traídos por la policía, en general, uno puede inferir que eran situaciones en donde habían quedado en el medio de algún conflicto por reclamar condiciones de trabajo por ejemplo, entonces uno

puede ir enlazando otros elementos de la historia de los monovalentes a partir de la reconstrucción de esos datos. Un poco el interés es enlazarnos con otros sectores para que confluya la información, por ejemplo, las chicas del archivo de la memoria ya tienen hecho todo un trabajo que permite rápidamente ir ubicando quienes eran los fotógrafos que hacían ese tipo de fotos, entonces historizamos de qué manera eso se daba, para que se hacía...

E: sí!... que función, para que se usaba...

L: Cuando uno cruza alguna información con la que nos fuimos encontrando, que son unos boletines. Lo boletines, por ejemplo, del instituto CIAMPI, Ciampi fue un psiquiatra que dio origen a una parte importante de lo que era, encabezaba el instituto, pero además, era como que estaba como responsable del área de psiquiatría, en ese momento sobre todo de la psiquiatría infantil. El instituto CIAMPI atendía sobre todo niños retardados, así eran nombrados en ese momento, entonces tienen una serie de boletines que son no sé cien números, no me acuerdo cuanto son ... Y a partir de un trabajo que hizo la residencia de psiquiatría se lograron digitalizar todos los números de esos boletines, eso está publicado, a eso se puede acceder... Pero sobre todo ahí ¿uno que puede encontrar? osea armar referencia temporal de esa producción, que era algo que sucedía acá, en Rosario, esos boletines se generaban como material de intercambio internacional, Ciampi era italiano y había mucha correspondencia cruzada con Europa, en ese momento, era como un pionero y referente para el campo de la psiquiatría, en ese momento, y nos encontramos con muchos libros en francés, en alemán, y eso da cuenta de los intercambios que se producían en la época. Esos son todos datos que hay que empezar a enlazar para armar una reconstrucción histórica. Hay un libro que es producto de una tesis, Ignacio Levi... es Licenciado en Historia, tuvimos la oportunidad de charlar con él, de generar una actividad para poder hacer que el presente su libro también, hay toda una primera parte de ese libro donde él reconstruye una parte de la historia, porque él trabaja un momento particular de la historia, su interés tenía más que ver con los usos de la terapéutica, él entra por otra vía digamos, hace como un recorte de su investigación, pero, historiza de modo interesante, logra armar una reconstrucción histórica que es interesante para tener en cuenta para tener una referencia. ¿No se si lo pudiste ver?

E: no lo leí, lo encontré... porque cuando buscas en internet aparecen algunas tesis de chicos que se recibieron de trabajo social y me apareció una publicación, una noticia, y de ahí lo fui rastreando.

L: Eso es por lo menos la primera parte de ese libro, que es donde trabaja en la lectura más histórica de la institución, la contextualiza digamos. Pero también, es un trabajo finito que él hizo, vino solo, le habilitaron la biblioteca, que es este lugar que yo te digo, y que de repente cuando nosotros nos empezamos a meter, bueno él ya había trabajado esto, pero claro, empezamos a abrir muebles y nos empezamos a encontrar con más cosas ... cartas de familiares por ejemplo, hechas a mano que estaban dirigidas a familiares, que se dirigen al director de ese momento para saber del estado de salud de ese familiar. En muchos casos, había muchos inmigrantes que sus familias estaban en sus lugares de origen, no estaban acá, entonces bueno, una cierta correspondencia, boletines de la época donde también uno puede ubicar los distintos momentos políticos, el boletín de la raza, por ejemplo, uno puede ir ubicando que pasaba socialmente en ese momento.

E: después, algo que no me quedó claro de las cosas que estuve leyendo y es que, antes de que se de la última dictadura acá había una “especie” de comunidad terapéutica, nombrado así sin más detalle...

L: ¿en qué documento?

E: en una tesis de una chica, Vivas.

L: comunidad terapéutica ... funcionaba, yo creo que funcionaba de hecho y era nombrada así, tendría que ver la referencia y de dónde surge ese dato... aca el hospital fue tomando distintas formas, muchas veces en esas primeras épocas sobre todo se iba adaptando de acuerdo a las necesidades de la demanda, la comunidad, en ese momento funcionaba el instituto de niños retardados que después devino en un espacio ambulatorio, pero que fue la puerta de ingreso de muchas personas que después vivieron toda su vida acá, de hecho Gomecito (señala un cuadro con un dibujo de una caricatura de un señor, colgado en la pared de detrás nuestro) la caricatura de un usuario que vivió hasta que se murió aca, fue internado en el año 54 cuando era un niño y vivió toda su vida aca... Carlos Gomez, él junto con otro paciente que fue internado en la misma época vivieron toda su vida aca. Y Carlitos Gomez casi ya era familia, cuando se define ponerle nombre a este lugar, hicimos una convocatoria en toda la institución, usuarios y trabajadores con distintas propuestas y ganó el nombre de "Gomecito" en homenaje a él que acababa de fallecer.

E: ¿Toda la vida vivió en la institución?

L: si! así de contundente, así de duro. Entonces, fue tomando diversas formas, cuando uno piensa como, que entró como un niño y terminó cuando esté hoy y desde hace muchos años es un hospital de adultos ... pero bueno en un inicio no lo fue. De hecho nosotros que ya llegamos al año 28, ya llevamos cuatro años pasados y nos encontramos con ingresos de niños de cinco, de seis...

E: ¿la justificación para esas internaciones?

L: los diagnósticos, en general, discapacidades graves que eran nombradas de otras maneras, tiene sus nombres específicos, lo digo más en simple, porque si te tengo que decir exactamente tendría que ir al registro porque sino le voy a pifiar

E: claro, es algo muy técnico...

L: es muy técnico y además bueno, nosotros vamos haciendo algunas marcas en ese registro que estamos haciendo de pasar, vamos haciendo algunas marcas que podrían ser datos a relevar después, datos que nos van surgiendo como llamativos digamos, que cosas de la vida se patologizaban y tenían su correlato en el diagnóstico que no eran necesariamente enfermedades o si lo que era considerado una enfermedad, por ende tenía un diagnóstico y que hoy ya no podría ser de esa manera, no? pero bueno esas son marcas que vamos haciendo para una vez terminado de pasar ese libro poder volver e indagar sobre eso y generar algunas líneas de investigación como lo que te decía con el tema de los anarquistas, son todas inferencias que vamos haciendo a partir de que casualmente son todos inmigrantes, inmigrantes europeos, con determinadas edades, que están solos, que no tienen familias en el lugar, que eran todos traídos por la policía, y porque hay algunos datos relevados de personas que perduraron en el tiempo, que es otra historia de otra persona, que hasta que se murió vivió acá pero que ya en el último tiempo casi que le habían armado como un espacio físico para que el viva, Pedro Larch, que ahora no me voy a acordar su nacionalidad y la voy a pifiar si la digo, si arriesgo una, que era alguien también que llega a la internación después de

haber transitado un conflicto con su empleador y había participado en una quema de ruedas y el no hablaba español, entonces, terminó internado y vivió casi toda su vida.

E: Es fuertísimo y muy loco pensar que por una protesta te pasas toda tu vida en una institución...

L: bueno, pero cuando uno se remite a la historia de la creación de los manicomios, uno rápidamente puede encontrar la justificación de porque eso pasaba. El modo de regulación de lo anormal, lo que era considerado anormal, era todo aquello que era disfuncional al funcionamiento de la sociedad y de hecho fue muy interesante en este marco de actividades, trajimos a Galende y él relata en el marco de esa actividad como deviene el nombre del manicomio. Era el lugar para tratar las manías, y desde ahí en adelante ...

E: si, todo lo que era considerado mania podía entrar a una institución...

L: exactamente. pero la función social del manicomio, tiene que ver con eso, entonces todo iba a parar al manicomio, todo aquello que a la sociedad le resultaba disfuncional, que estaba considerado entre la torturación de lo normal y lo anormal o patológico iba a parar ahí con las distintas modalidades de tratamiento que eso tenía en las distintas épocas de la historia. Si uno lee la historia de la Historia de la Locura de Foucault en la época clásica era una cosa, y así en lo sucesivo de la historia, digamos. Hay distintas versiones, uno puede ir a leer a la Metamorfosis de la Cuestión Social de Castel y te encontras con eso o el Orden Psiquiátrico de Castel y te encontras con ese punto en la historia que te permite dar alguna respuesta a lo largo del tiempo y porque los manicomios siguen existiendo, porque sigue, pre sigue habiendo algún elemento disfuncional que hay que encerrar y que no está teniendo o las sociedades no logran dar tratamiento de otros modos.

E: como las cárceles...

L: por supuesto, están equiparadas, para Foucault están equiparadas. Los dispositivos totales para Foucault es el paralelo entre la cárcel y el manicomio, los panópticos, los analiza en paralelo, de hecho es muy llamativo como los modos de dar tratamiento entre la locura y la delincuencia se asemejan ampliamente, es más en algún momento se funden. Se funden en el sentido de sigue siendo en muchas situaciones los dos ámbitos de alternancia de algunas personas, o la cárcel o el manicomio, de hecho en algunos momentos de la historia acá en provincia de Santa Fe funcionó el corralito dentro de la cárcel, que era el espacio supuestamente para dar tratamiento a quien padecía algún padecimiento subjetivo mientras transitaba su detención, eso en un momento se decide cerrar porque era horroroso el modo de dar tratamiento y eso después deviene en muchas situaciones en donde la cárcel deriva al manicomio con todo el peso de aquel que está en conflicto con la ley penal pero dentro de la institución psiquiátrica.

E: si, de hecho hoy pasa que hay usuarios que tienen acompañantes...

L: y ahora hay una nueva estructuración, porque hasta hace un año y medio atrás las instituciones monovalentes de la provincia estaban llenas de personas en condición de conflicto con la ley penal, con custodias policiales, con penitenciaría. Acá llego a ver 23.

E: si. Yo hice prácticas en el Agudo y algo que me llamó la atención es que había más policías que usuarios.

L: bueno, es que por lo general se solicitaban dos por cada persona que estaba en esa situación. Eso trajo mucho conflicto en un momento determinado, mucho conflicto, porque la mecánica de una institución y de la otra hay una tendencia a separar las funciones que tienen pero que quedaban totalmente fundidas, ¿no? entonces era como agregarle el plus de control o de la custodia digamos, dentro de la institución y parecía que la institución sanitaria tenía que adaptarse a la lógica penitenciaria en virtud de la cantidad de gente que había y de lo que podían hacer o no podían hacer las personas y las tensiones que eso representaba permanentemente y una puja porque el hospital pudiera poner o imponer la lógica y el funcionamiento hospitalario por sobre la lógica penitenciaria pero con todos los conflictos que eso representaba al interior de la institución sanitaria por los modos de manejo, por el mismo funcionamiento, por los modos de estar habituados de manejarse dentro de la institución carcelaria a las mismas personas que venían a tener tratamiento aca, digo, era, es bastante complejo para hacer una lectura, digamos, simplificada de eso pero si que no deja de llamar la atención porque hay un punto que pareciera, que el debate seguía siendo cárcel o manicomio, por ende el encierro digamos

E: sí, no había otra opción...

L: no había nada que permitiera pensar un modo diferente y eso se viene arrastrando a lo largo de la historia, desde el momento del surgimiento hasta la actualidad, por más intento de transformación que se viene llevando adelante hay algo que perdura y cuando uno lee la historia de transformación que lleva adelante Italia por ejemplo...

E: ¿Con Basaglia?

L: Si! al día de hoy vuelven a tener algunos conflictos y retraimientos producto del avance de la derecha en Italia también pero, con otras capacidades de resistirlo. Lo cierto es que ahí logran cerrar el manicomio y transformarlo definitivamente en otra cosa, pero siguen teniendo en algunos momentos algunos conflictos sobre todo con las personas con problemas con la ley penal y ellos lo que logran armar es un “hospital psiquiátrico judicial” que era estrictamente un lugar donde se alojaban personas en conflicto con la ley penal y pueden a lo largo del tiempo trabajar, incluso hacer que se retiren las custodias, osea, hacer un trabajo serio desde lo sanitario pero en un recorte específico con esa población. De hecho sigue funcionando eso con estas variantes pero es la parte que no lograron ... de la cual no pueden dispensar por el momento. Eso habla también de conflictos de las sociedades y como esas cosas en determinados momentos se actualizan y toman diversas formas y también se van adaptando a las respuestas no? en función de esas, de esos elementos.

E: ¿Cómo es que impacta en el Hospital la nueva Ley que promueve justamente o que se proponía el cierre definitivo de los manicomios? Si no me equivoco creo que era, se proponía para el año 2020 el cierre de todos.

L: Aquí estamos como verás...

E: 2025 y seguimos ...

L: Eso es una primera lectura que podes hacer vos que hiciste tus prácticas acá adentro.

E: y es mas no creo que en este año o el siguiente se lleve una política que lleve al cierre.

L: bueno aca, yo creo que la primer pregunta que uno puede formularse o el primer elemento que uno puede reformular en virtud de eso que definía la ley o establecía más que definía, establecía ese parámetro temporal para llevar adelante, bueno lo primeros elementos es que como yo te decía antes las leyes marcan un camino en un sentido, esa ley si no se transforma en una estructuración del modo programático para llevar adelante eso no se logra. La ley en si no transforma, la ley orienta, despues, osea estamos hablando, del área legislativa establece parámetros, pone un ordenamiento en relación a un campo, un área específica, una problemática específica, después el área específica, es el ejecutivo que tiene su correlato con esa ley, tiene la responsabilidad de estructurar un modo de llevar adelante eso que la ley establece, eso no se logró en el tiempo, tardo mucho también el plan provincial, el plan nacional... tardó, hubo distancia entre la sanción de la ley y la elaboración del plan, y después las incidencias que tienen los cambios políticos, que no es ni más ni menos que lo que pasa con todo lo que sucede, no solo con la salud mental, sino que pareciera que siempre hay un nuevo inicio, los procesos quedan atravesados literalmente por la perspectiva políticas del gobierno actual, entonces hay momentos en que es mucho más favorable que en otros avanzar y muchas veces se generan procesos de retrocesos muy groseros, este es uno. No solo por la avanzada en el retraimiento de los derechos adquiridos sino porque lo presupuestario se hace infinitamente menor en relación a la capacidad de llevar adelante acciones con los presupuestos existentes y básicamente en el área de salud mental vos tenes recursos humanos y algunos insumos de menor monto y estructuras. Nosotros hace desde el mes de septiembre que tenemos inhabilitado la mitad del salón más grande que tenemos en el centro cultural porque se cayó el techo. Cada vez, lo venimos resistiendo, pero cada vez...

E: Si, el lugar se hace más chico y se puede alojar a menos personas.

L: o a menos personas o en peores condiciones, porque no es que le cerramos la puerta a alguien, el tema es que le ofrecemos a esa persona. Antes a lo mejor podíamos sostener dos o tres talleres en el mismo horario, ahora no podemos, bueno cosas que van pasando. Digo, esto es como un ejemplo, no para hacer foco acá, quiero decir eso es una muestra de lo que viene sucediendo y cuando el retraimiento del Estado respecto de su responsabilidad en relación sobre todo al campo de lo público... bueno eso va teniendo claramente consecuencias en relación a los procesos iniciados. Ahora si algo tuvo el campo de la salud mental es que ha resistido a lo largo de los años, empezado uno podría decir, no quiero ser injusta con las temporalidades, pero ha habido movimientos antes de los 60, después de los 80, gente que se ha puesto al hombro una lucha que en el 91 en la provincia dio lugar a la sanción de la ley provincial, que cuando uno la pone, la equipara a la ley nacional no tiene casi distancia en su sentido más importante dentro del posicionamiento con respecto a la salud mental y que hay que hacer, y cómo había que hacerlo, es muy semejante. La ley nacional avanza en términos de ser una ley nacional de orden público, que implica pensarla como de supuestamente de cumplimiento efectivo, que no hace falta que alguien adhiera a esa ley para que la ley tenga cumplimiento. Pero bueno, en el medio pasan cosas, pasan gobiernos, pasan posicionamientos políticos e ideológicos, y entonces desde los distintos lugares en la medida que se va pudiendo, cómo se va pudiendo se han hechos intentos, se ha avanzado, se ha retrocedido, se resiste más o menos en determinados contextos. También el cuerpo de trabajadores resiste los cambios, no son sólo las estructuras de gobierno la que resisten los cambios, sino uno podría pensar que hubiera sido mucho más sencillo llevar adelante los procesos de transformación. Giovanna Del Giudice, que es la representante actual de la Conferencia Basaglia, dice que el manicomio está acá adentro (se señala la cabeza) lo tenemos acá, somos nosotros los que estructuramos el manicomio, con nuestras prácticas

cotidianas. El manicomio no es el edificio que sostiene una lógica, la lógica la sostenemos las personas que integrados los espacios institucionales.

E: Hay muchos autores que hablan de la dificultad de no trasladar el manicomio a otro lugar...

L: a lo que se nombra como sustitutivo, yo formé parte durante muchos años de un espacio de militancia en ATE y escribimos en su momento, creo que fue hace cinco o diez años de la sanción de la ley, de la nacional, un artículo para una jornada que nos invitaron que tiene que ver con esto. ¿Qué es lo sustitutivo? lo sustitutivo es la lógica, no es el espacio donde se va, es la lógica en la cual se constituyen los espacios en donde estamos. No es que yo tengo que cambiar esto, por esto... si yo cambio esto por esto y la lógica de estructuración y funcionamiento no toma distancia de acá a acá, puede ser tan manicomial una casa asistida, un dispositivo cultural, cualquier idea, esa ilusión de transformación que produce cambiar de una estructura a la otra, que puede ser reproducido en un acto cotidiano de una entrevista la lógica manicomial, dependiendo el lugar que le den al otro, si el otro tiene voz no tiene voz. ¿Qué hace de un espacio algo manicomial? ¿Cuáles serían los elementos que constituyen al hospital psiquiátrico como un manicomio? Qué elementos, esta idea de monovalente, que todo lo resuelve, el concepto que tiene que ver con no solo con el encierro en términos de reclusión sino con la misma respuesta para todos. Lo mono tiene que ver con eso, mono es de uno, entonces todos desayunan a la misma hora, todos comen a la misma hora, todos toman la misma pastilla a la misma hora, es la rutinización de la vida, la estandarización de los cuerpos.

E: si, el proceso de institucionalización

L: indiferenciación de las personas

E: si a tal punto que capaz que cuando llega el momento de externación se olvidaron de hacer cosas básicas, cotidianas

L: lo pierden, el manicomio genera que alguien pierda sus capacidades, no restituye sus capacidades. Hay un borramiento del sujeto. Hay textos re interesantes de Persia por ejemplo, que ha hecho experiencias dentro de estructuras monovalentes con enfermeros, con profesionales, surgen cosas re interesantes. Hay un libro que se llama Deliberar la Psicosis que es muy interesante, hay una parte en donde mecha con unos escritos de algunas usuarias en un hospital de Buenos Aires. Hay uno que es super gráfico, es de una paciente que escribe, que escribe poesías y entre esas poesías él retoma una y la pone en el libro, y la paciente habla de cómo ella pierde su identidad y pasa de tener un nombre a tener un número de historia clínica. Esa es la metáfora del borramiento subjetivo. Eso hace de estos lugares un lugar manicomial. Entonces en la medida que uno puede ir instalando un modo diferente de entender al otro, de registrar que es lo que el otro necesita del tratamiento, como necesita ser tratado, eso empieza a permitir modificar el acto de tratamiento, el acto de dar cuidado de una medida manicomial a algo más del lado del registro de la atención sanitaria, de la integralidad, de la perspectiva más progresista para decirlo de alguna manera, o la que permite pensar en un corrimiento de esa lógica, en virtud de lugar de residencia, se habla de una perspectiva de salud mental comunitaria tiene que ver con eso, con ubicar al otro en función de su contexto, de sus necesidades, que la locura no es lo único que determina como persona, el diagnóstico no determina a una persona, no pasa solamente con la salud mental, pasa mucho con la discapacidad pero bueno, cuando uno lo cruza con los manuales

diagnósticos, donde se definen esos manuales, que pretenden estandarizar y la patologización de la vida en absoluto que tiene un correlato con una cuestión farmacológica que bueno ahí uno se pone a evaluar los intereses económicos que están en juego y como eso una cosa es solidaria con la otra y en el medio los cuerpos.

Anexo III. Entrevista a Laura Coll (L). A cargo de Nadia Caraballo (E1) y Josefina Arito (E2).

Realizada el día jueves 9 de octubre del año 2025. Inicio: 13.00 h; culminación: 14.28 h. Duración total de la grabación en minutos: ochenta y ocho minutos (88').

Duración de la desgrabación de los minutos seleccionados: veintitrés minutos. (23').

Procedo a realizar un recorte en la transcripción de la entrevista realizada, me concentraré en los veintitrés minutos finales dado que son los temas que me interesa poder recuperar de manera textual puesto que considero que los aportes realizados por la persona entrevistada resultan enriquecedores para mi Trabajo Integrador Final.

E1: ¿Pensas que los equipos conformados por psiquiatría, trabajo social y psicología están bien o crees que para trabajar de manera interdisciplinar se necesita alguna profesión más, ya que estas profesiones no responden a las necesidades de la población asistida?

L: A ver... como modelo de transformación, en su momento, fue superior de lo que existía. ¿Es suficiente? no. Otra cosa que no es suficiente es el armado del modo de respuesta o atención solo por la mañana en una institución que funciona veinticuatro horas. Entonces si uno apela consensualmente a la necesidad de atención interdisciplinaria esa atención interdisciplinaria tiene que transitar las 24 hs del día y eso es algo que no existe. Acá hasta las dos de la tarde todos trabajan de manera interdisciplinar pero a las dos de la tarde te tiene que alcanzar con enfermería y el médico de guardia. Después de las dos de la tarde y todo el fin de semana, feriado, lo que sea. En su momento nosotros habíamos creado un equipo que se llamaba equipo transversal que hoy casi está diluido, que tenía que ver con empezar a otorgarle a las tardes, tardes noches de la institución el complemento que estaba faltando, porque sino ahí es donde se reproduce también el gesto manicomial, el gesto manicomial también está puesto ahí. Una persona contra treinta o dos enfermeros contra treinta ¿qué respuesta no manicomial pueden dar? cuando decimos que es sustancial el cuerpo a cuerpo para garantizar condiciones de atención que necesitan. entonces yo pienso que en su momento, en los 2000 en adelante, creo que fue 2002, yo entre en el 2002, en el momento que yo entre eran dos trabajadoras sociales que nos llamaban según demanda, antes de eso, no hasta ese momento, había un equipo por sala y estaba integrado por psicólogos y psiquiatras y nosotras dos íbamos y veníamos según nos llamaban. Después de eso hicimos una propuesta y por suerte la tomaron en su momento y se contratan más trabajadores sociales y redefinimos porque esa lógica de funcionamiento había generado anquilosamiento en los equipos, hacia dentro de la sala, nadie sabía lo que pasaba acá, nadie sabía lo que pasaba allá.. Se decidió armar un solo gran equipo integrado por mini equipos que tuvieran al menos la representación de psicología, trabajo social y psiquiatría. Más o menos en paralelo de eso se contrataron algunos abogados pero no llegaban a cubrir para ser un abogado por equipo. Hasta el día de hoy los abogados son referentes, en algún momento se dividieron por sectores, estaban algunos en... cómo era... vienen siendo tres, uno para la guardia, uno para la internación y uno para el área ambulatoria, eso fue variando fue tomando distintas experiencias digamos. Y a eso habría que sumarle que enfermería tiene por el lugar central que tiene enfermería, porque esta las veinticuatro horas, son los únicos que están las veinticuatro horas, y el médico de guardia, que en realidad ya no hay médico de guardia

veinticuatro horas, hacen doce, las guardias son de doce, por suerte, porque creo que no hay condiciones para sostener una guardia las veinticuatro, los enfermeros tampoco hacen veinticuatro cada uno pero si hay cobertura veinticuatro horas de enfermería cosa que no pasa con el resto de las profesiones, entonces para mí si habría que pensar modificaciones para mejorar las condiciones siempre teniendo en cuenta que cuanto menos dure el manicomio mejor pero mientras dure que sea en mejores condiciones, hay que pensar en la integración del equipo de trabajo donde enfermería sea parte, no pueden estar dependiendo de lo que deciden otros, enfermería tiene que integrar el equipo de trabajo, como lo tiene que integrar los abogados, como lo tienen que integrar todas aquellas áreas que se desplieguen en, osea, la definición de ese micro clima entre psicología, psiquiatría y trabajo social no define en lo absoluto el trabajo clínico desplegado con los pacientes porque la cantidad de cosas que tiene que aportar enfermería en relación al cotidiano de veinticuatro horas de una persona y lo mismo pasa con los médicos clínicos, lograr introducir el médico clínico acá ampliando el espectro de que había una médica clínica para todo el hospital que atendía a los de la guardia, a los de internación eso da lugar a que pensemos el lugar residual que tenía esa valoración clínica médica en la vida de los sujetos detenidos adentro, lo mismo que, nose, hicimos toda una movida en un momento para que allá turnos odontológicos, que tuvieran un cepillo de dientes, digo y son elementos que nunca fueron tenidos en cuenta porque son cuerpos depositados, entonces cuando uno empieza a visualizar al otro más que como un cuerpo como una persona que le pasan cosas, que está buenísimo que tengan dentadura para comer porque también las atrocidades que han pasado producto de la broncoaspiraciones muchas veces tienen que ver con la falta de dientes, que no pueden masticar, los elevados niveles de medicalización que producen en esos cuerpos efectos, si uno no está atento, hay cosas que no pueden comer porque no pueden dirigir, porque se les rigidiza la mandíbula, digo si uno empieza a rascar hay tantos elementos a tener en cuenta y que hablan también de los modelos asistenciales son todas esas cosas. Entonces si yo tengo que dar mi opinión, yo creo que no alcanza, que fue superador a lo existente en un momento pero no alcanza, no alcanza porque es mucho más diverso el trabajo desplegado acá. La función que tiene el personal de servicios generales, que son los que les toca limpiar, bueno, propuestas, hemos trabajado mucho algunas estrategias con algunos pacientes para poner en funciones a alguien que necesitaba hacer algo, entonces, se trabajaba con servicios generales, servicios generales desplegaba como un kit de limpieza y terminaba habiendo un encargado del patio en paralelo al trabajo del trabajador porque esa fue otra discusión, no descansa el trabajador y trabaja el paciente porque quiere hacer algo y hay que tenerlo ocupado, no estrategias clínicas que tiene que ver con otras cosas, el trabajador tiene que seguir haciendo su trabajo. Bueno todo eso, cada una de esas cosas despliega una discusión y por eso es tan difícil porque hay acostumbramiento, porque hay procesos de manicomialización en los trabajadores, el manicomio visto no está definido por las paredes del lugar, son las prácticas.

E1: ¿Qué aportes consideras que tiene el trabajo social en estos equipos interdisciplinarios?

L: Yo creo que seguro que si vos le haces esa misma pregunta a cada trabajador social que integró un equipo interdisciplinario dentro del área de internación te va a decir algo distinto, no creo que sea algo así para decir en términos generales, yo puedo hablar de mi experiencia

y de lo que creo pero yo trabajé diez años en internación y los aportes han sido diversos, aportes y también aprendizajes, porque yo no me olvido que, y es algo que intento por mas que no me salga todas las veces, transmitir en el área más de la formación en la facultad porque creo que en algún momento nosotros hemos recepcionado una formación que nos ha llevado a lugares heroicos, digamos, del ejercicio profesional y que no están buenos, y que eso nos enfrenta con grandes dificultades en lo cotidiano, eso no quiere decir que uno no no tenga que transitar los lugares sin compromiso, digamos, respecto de la tarea, ¿no?, pero el compromiso también tiene un límite y el límite lo que le implica a un otro respecto al trabajo. Entonces yo creo que hay un aporte que ha tenido que ver con eso, con aclarar algunos límites, porque en esto que yo les cuento que cuando yo ingreso éramos dos trabajadoras sociales en el área de internación, antes de eso, estaba esta compañera que yo les nombre antes, Ailen de Molina, que era para toda la institución, imposible de hacer seguimiento de cada situación, digamos, entonces en ese momento fue un salto cualitativo en relación al aporte que traía a la interdisciplina en el nivel, osea profundizar o complejizar las atenciones de las personas, la posibilidad de la incorporación de trabajo social porque necesariamente abrimos un juego, ¿no?, en general somos quienes favorecemos los procesos de enlace con lo comunitario que no es exclusivo, ni excluyente de lo profesional pero sí una posición en el trabajo, ciertamente tenemos algunos recursos, muchas veces cumplimos alguna función de puente o de enlace y eso en este lugar era fundamental, porque permitía devolver, digamos, a ese sujeto algo de ese lazo social del que se había separado producto de su padecimiento, ¿no?, y somos quienes realizamos el trabajo de insistir una y otra vez, de salir al barrio, de llevar al pueblo, bueno. Yo lo que me propuse en un momento determinado cuando veía que todo eso recaía en el Trabajo Social con exclusividad y entendiendo la función de la interdisciplina para trabajar en salud mental, empecé a trabajar muy finito con poner algunos límites respecto de, límites y también agendarle a otros la necesidad, por ejemplo, de ir todo el equipo a hacer una salida, porque lo que yo veía, lo que yo escuchaba no era lo mismo que escuchaba el medico y el psicologo del equipo y no era lo mismo que ellos no vinieran a la salida y se los contara a que ellos lo vieran en primera persona, para contextualizar la atención con el paciente, eso era darle lugar a ese sujeto en un contexto social, comunitario y claramente eso estuvo enfrente, entonces para eso yo tuve que hacer un trabajo personal de limite, de ponerme limites y de entender que el trabajo nosotros podemos desplegar y poner en contexto con otros no es solo lo que viene a aportar el Trabajo Social aca sino, aporta en tanto y en cuanto tambien hace parte al otro de ese trabajo, que es mas bien una perspectiva de trabajo, que es una logica de enterder a ese sujeto y como lo podemos pensar para trabajar con ese sujeto en algo del orden de la recuperacion de su autonomia, de la recuperacion de sus lazo, de enlazarlo con nuevas experiencias, a partir de lo que se puede hacer, cuales son esos apoyos necesarios, digo, todo lo que uno se imagine en relacion a la atencion de un sujeto es igual. Yo hago esta parte, pero yo tuve una experiencia donde fuimos compañeros de equipo muchos años, pero al principio el psicólogo me decía, ¿podes llamar a la mama de tal? estas tan cerca como yo del teléfono, ¿vos necesitas hablar con la mama? llámala, yo no soy tu secretaria. históricamente hemos tenido, hemos asumido esa función, quiero decir no siempre es la responsabilidad del otro que te la otorga, es también culpa nuestra de aceptar ese lugar, entonces, el trabajo y el aporte ha sido hacia dentro del trabajo social o por lo menos en lo personal, en mi experiencia como trabajadora social, también poder transformar

esa situación de que el teléfono no muerde y el psicólogo está apto como yo para hacer un llamado.

E1: también que así estén conformados los equipos no quiere decir que se manejen de manera interdisciplinar...

L: no, y justamente porque cuando se armó no funcionaba eso, había repartos de tareas y eso no es interdisciplina. Entonces si vamos a construir juntos el trabajo clínico con otro sujeto, hagámoslo juntos y eso quiere decir que hoy yo salgo pero mañana salís vos, hoy yo llamo pero mañana llamas vos, porque el llamado incluso en la función que podía tener para mi el llamado no era la misma que tenía para el psicólogo.

E1: no es la misma lectura...

L: y vamos a entrevistar a la familia y no porque sea la familia le toca al trabajo social, digo, me parece que esos han sido, por eso digo que es muy del orden de lo personal, en su momento yo lo podía compartir con quienes contemporáneamente a mi estuvieron en la sala integrando otros mini equipos, ahora yo no puedo decir hoy que pasa en cada una de esas situaciones, el trabajo ha sido que se siga con esa lógica, digo, ha habido procesos que abonaban en ese sentido, ahora después es como cada uno lo encara... y porque tambien aveces es mas cómodo que alguien te diga lo que tenes que hacer, cumplir con la tarea y te retiras... ese es un modo de transitar la profesión también, e insisto hablo de mi experiencia... mi posición fue de que si va a existir la interdisciplina sea interdisciplina y no que nos repartamos las tareas y que de lo social te ocupes vos. Si no podemos leer entre todos el efecto que tiene eso que habla de lo social de ese sujeto en su padecimiento y estamos al horno... nosotros tuvimos muchas discusiones en el equipo, muchas peleas, pero bueno, también fue un aprendizaje en lo personal porque bueno salimos de la facultad con algunas herramientas y las otras las tiene que empezar a transitar en el lugar, digamos, esas no te las da nadie porque tambien es depende con quien te encontras y lo que tenes que producir con ese otro para trabajar, eso es asi, pero bueno fue un momento, bastante, un punto clave de inflexión, el momento el momento donde yo ingreso, no porque haya ingresado yo digo porque históricamente en el hospital digo, quien estaba en ese momento en la gestión asume la gestión como parte de un proyecto más amplio porque era alguien que venía de integrar la gestión de la colonia de oliveros y ese traslado se da en un marco político particular donde se define avanzar también sobre la política institucional del Agudo Ávila y se empiezan a hacer una serie de transformaciones. Cuando yo ingreso las salas eran salas sin divisiones, una cama al lado de la otra, osea yo llegué a ver eso en esta institución y vi el proceso de modificación, bueno, de poner las separación, de dar una intimidad, son todos gestos que intentaban ir hacia una transformación del modelo, después hay cosas que tienen retroceso

E1: bueno, ahora sacaron la división del patio..

L: se sacó la división, si. esa división que vino por motivo de la pandemia que llevo muchísimas discusiones, muchísimas... y aca tambien es el arte de la negociación

permanente porque lo que le cae bien a un sector no le cae bien al otro y eso también hay que consensuar hasta que alguien tiene que tomar la decisión ¿no?, porque bueno hay decisiones que son odiosas pero hay que tomarlas ... como... no se... en su momento se nos cuestionó el módulo asistencial que hoy sigue funcionando como parte del triash. ahí al lado de la guardia, digamos, ESTÁN AMPLIANDO EL MANICOMIO!!! En contexto de pandemia, imagínense acá no había contexto para generar un proceso de aislamiento a nadie ... pero bueno son decisiones odiosas, si, pero cuando uno asume los lugares de gestión hay que tomar decisiones y es así. Por eso digo, no todo lo que uno imagina es posible de ser viabilizado porque también las negociaciones hacia arriba, con otras limitaciones y es así.. pero en sí el hospital tuvo sus momentos, yo creo que desde el año 2000 a esta parte muchas cosas se pudieron modificar y otras no. Eso a sido parte, la inclusión del Trabajo Social fue central, fue significativa, en un momento creo que la práctica que nosotros desarrollabamos dio cuenta de la necesidad de introducir más cantidad de trabajadores sociales porque se producía significativamente vinculaciones con familiares de pacientes que hacían veinte años que estaban acá y nadie se había contactado nunca con la familia.

E1: ¿Hay uno por equipo?

L: sí, creo que en todos ahora.