

“Evitar que queden a la deriva”: desafíos de la práctica profesional en el sistema de salud mental argentino para niños/as y adolescentes

Axel Levin

Esta investigación etnográfica aborda las dificultades, prácticas, y estrategias de los/las profesionales del único hospital argentino especializado, íntegramente, en el tratamiento de problemáticas en salud mental de niños, niñas, y adolescentes. En particular, se analizarán los desafíos que se presentan al momento de realizar una derivación para garantizar la continuidad de los tratamientos frente a la alta centralización de recursos en dicha institución y su escasez en el resto del sistema sanitario. En este contexto, las estrategias y prácticas de los/las profesionales permiten estudiar las formas en que se gestionan estatalmente ciertas problemáticas de la población infanto-juvenil. Dicha gestión estatal está atravesada por procesos de estigmatización social, obstáculos para lograr el acceso a los tratamientos, y tensiones en torno a la ética de los/las agentes estatales responsables.

PALABRAS CLAVE: salud mental, gestión estatal, problemáticas infanto-juveniles, estrategias profesionales, accesibilidad.

“Preventing them from being adrift”: challenges for professional practice in the Argentinean mental health system for children and adolescents ♦ This ethnographic article addresses the difficulties, practices, and strategies of the professionals of the only Argentine hospital fully specialized in the treatment of mental health problems of children and adolescents. More specifically, it analyses the challenges that arise at the time of referring a patient while ensuring the continuity of treatment, considering the high centralization of resources in this institution and their scarcity in the rest of the health system. In this context, the strategies and practices of the professionals allow us to study the ways in which certain problems of the child and adolescent population are managed by the state. State management is conditioned by processes of social stigmatization, obstacles to achieve access to treatment, and tensions regarding the ethics of the responsible state agents.

KEYWORDS: mental health, state management, paediatrics and teenagers mental health, strategies of the professionals, patients' rights.

LEVIN, Axel (axellevin4@gmail.com) – Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4273-2472>. CRediT: conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal de los datos, investigación, metodología,

administración del proyecto, recursos materiales, visualización, redacción – borrador original.

FINANCIACIONES: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Beca doctoral. Argentina. Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ICA, FFyL, UBA, 2018-2021). FONCyT. Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICT-2017). Extensión hasta marzo del año 2023. Temas abiertos. Equipo de trabajo (A): “Experiencias formativas y responsabilidades respecto a la educación y el cuidado infantil. Obligaciones y prácticas sociales de y en torno a los niños y las niñas en las redefiniciones sobre lo público y lo privado”.

ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN Y EL ENFOQUE METODOLÓGICO

En este artículo me propongo analizar algunas de las prácticas y estrategias que llevan adelante los/las profesionales del hospital público Carolina Tobar García, único monovalente en salud mental infanto-juvenil de la Argentina, frente a las múltiples dificultades que tienen para lograr que sus pacientes continúen sus tratamientos cuando consideran que están “de alta” para los parámetros institucionales. Desarrollaré, a su vez, cómo estas dificultades, prácticas, y estrategias permiten analizar de qué manera se gestionan estatalmente ciertas problemáticas de niños/as y adolescentes, en un contexto de escasez y centralización de recursos sanitarios que plantea múltiples barreras en el acceso a la atención.

Este trabajo parte de la investigación realizada para mi tesis de maestría en Antropología Social (FFyL-UBA),¹ la cual se enmarca dentro del doctorado en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA) que actualmente curso con el apoyo de una beca Conicet.² La investigación se desarrolló durante los años 2020 y 2021, durante los dos primeros años de pandemia por Covid-19. Dado el contexto epidemiológico, las posibilidades para realizar una observación participante presencial en el hospital estuvieron limitadas, por lo que me centré en la realización de entrevistas en profundidad. Llevé a cabo un total de

1 En otro trabajo elaborado a partir la investigación me enfoqué, a diferencia del presente artículo, en el estudio de la distribución desigual de responsabilidades adultas (contemplando a profesionales y familias) en torno al cuidado en salud mental infanto-juvenil y la discapacidad, desde una perspectiva de género (Levin 2022).

2 Se inscribe, también, en el Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICT-2017) “Experiencias formativas y responsabilidades respecto a la educación y el cuidado infantil. Obligaciones y prácticas sociales de y en torno a los niños y las niñas en las redefiniciones sobre lo público y lo privado”, financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ICA, FFyL, UBA, 2018-2021). FONCyT. Extensión hasta marzo del año 2023.

50 entrevistas que incluyeron a profesionales de las áreas más relevantes de la institución. Abarqué al Departamento de Servicio Social, el Departamento de Consultorios Externos, el Departamento de Hospital de Día, el Departamento de Internación, el Departamento de Rehabilitación Psico-Social, Servicios Complementarios, Residencia en Psicología y en Psiquiatría. Además, tuve la oportunidad de conversar con representantes de la mayoría de las disciplinas de la institución, tales como psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, psicopedagogía, recreación, musicoterapia, fonoaudiología, y educación física. Con algunos/as profesionales, considerados informantes-claves, mantuve encuentros periódicos que se extendieron a lo largo del trabajo de campo.

Las entrevistas que llevé a cabo se caracterizaron por ser de modalidad abierta, lo que buscó crear un espacio de diálogo, en particular con los/las informantes-claves con los que mantuve encuentros recurrentes, que trascendieron la relevancia tradicional de la presencia física del investigador en el terreno de estudio (Batallán 2020). Intenté, tal como se verá a lo largo del artículo, problematizar distintos términos nativos a la luz de las discusiones que hacen a mi problema de investigación, entendiendo por términos nativos aquellas categorías que se encuentran naturalizadas en la vida cotidiana del entorno social a estudiar, las cuales conjugan una multiplicidad de sentidos que suelen pasar desapercibidos si no son analizados (Batallán 2020).

Este enfoque se alinea con las críticas actuales a la tendencia histórica de las ciencias sociales de territorializar a los sujetos, las comunidades y los procesos de estudio (Gupta y Ferguson 2008). Considero que la distancia que se establece gracias a la mediación de la tecnología y la virtualidad nos permite examinar los procesos de construcción de la otredad en varios niveles analíticos más allá del contexto local del estudio. Lo que reduce el riesgo de que el investigador, precisamente, quede inmerso en el terreno empírico y explique lo observado sin tener en cuenta procesos y contextos más generales (Gupta y Ferguson 2008).

La utilización de plataformas virtuales para realizar entrevistas o llevar a cabo interacciones sincrónicas, lejos de restarle validez al enfoque etnográfico, nos permite indagar las relaciones sociales que se contribuyen gracias a la extensión de la tecnología (Hine 2000). En un contexto de pandemia, donde muchos/as profesionales del hospital tuvieron que adaptarse a trabajar en formatos virtuales, este enfoque crítico a la concepción tradicional de la autoridad etnográfica adquiere valor analítico, ya que la importancia de la mediación tecnológica en el establecimiento y desarrollo de relaciones sociales se encuentra en ascenso en el mundo contemporáneo (Hine 2000).

Así, participé del ciclo de ateneos clínicos del hospital, instancia que se realizó de manera virtual y sincrónica, con una frecuencia semanal, durante el año 2021. Realicé una observación participante en 15 de estos encuentros virtuales

(los cuales se realizaron mediante la plataforma *Zoom*). Los ateneos son organizados por el Departamento de Docencia e Investigación, son de carácter abierto, sin inscripción previa, y fueron compartidos de manera pública desde el Facebook de dicho departamento a través de un *flyer*. Solían participar entre 50 y 80 profesionales, más del doble de la concurrencia que tenían cuando eran presenciales según una de las trabajadoras sociales entrevistadas. El aumento de la concurrencia, y que estuvieran la gran mayoría de los servicios del hospital presentes al menos con un profesional como representación, fue algo festejado de manera recurrente por las organizadoras de los ateneos. Se trató de la única instancia de la vida cotidiana institucional donde todos/as los/las profesionales podían encontrarse a conversar y reflexionar. Cada encuentro estuvo a cargo de profesionales distintos, pertenecientes a los diversos servicios. Es decir, cada servicio preparó y expuso un ateneo para compartir con el resto de la institución, analizando distintos casos clínicos, proyectos y problemáticas.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL REFERENTE EMPÍRICO Y CARACTERIZACIÓN DE PROBLEMÁTICAS

Para entender el marco sanitario en el que el hospital Tobar García se inserta y los desafíos que los/las profesionales deben enfrentar al momento de “encontrar soluciones” a las problemáticas de sus pacientes, es relevante explicar cómo se compone el sistema sanitario de la Argentina.

Nuestro sistema de salud se divide en tres: el subsistema público, el subsistema privado, y el subsistema de las obras sociales.³ Sin embargo, es importante señalar cómo, en la práctica, lejos de tener autonomía, los subsistemas se encuentran articulados debido a que una cobertura de salud puede brindar, mediante ciertos acuerdos, prestaciones en instituciones de un subsistema ajeno (Findling, Arruñada y Klimovsky 2002). A lo largo de la historia argentina, estos subsectores tuvieron distinta preeminencia y alcance, configurando un sistema de salud con grados diversos de equidad, universalidad, e integridad (Cetrángolo 2014).

En la actualidad, el sistema sanitario de Argentina enfrenta desafíos significativos debido a la escasez de recursos materiales y humanos. Este contexto se debe en gran parte a un proceso que comenzó durante la última dictadura militar (1976-1983) y se consolidó en la década de los 90, caracterizado por la privatización y precarización de sus instituciones (Cetrángolo 2014). Este proceso ha desplazado la importancia histórica del sistema de salud público

3 Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado por el INDEC en el año 2010, el 38% de la población argentina cuenta exclusivamente con cobertura de salud pública, mientras que el 46% está respaldado por obras sociales y el 16% dispone de cobertura de salud a través de empresas de medicina prepaga.

hacia el ámbito privado y las obras sociales, lo que ha jerarquizado el acceso a los recursos de atención a la salud en función de la condición socioeconómica de cada ciudadano/a (Findling, Arruñada y Klimovsky 2002).

A lo anterior se suma un escenario de políticas diferenciales por distrito y de falta de coordinación general, ya que la descentralización del sistema de salud llevó a que el 69% de la atención se encuentre dependiendo de áreas municipales disímiles, con escasos recursos destinados a servicios especializados como lo son los de salud mental (Camargo, Preuss y Lacerda 2018).

Esto permite entender por qué, según muchos/as de los/las profesionales entrevistados/as, el 80% de los/las niños/as y adolescentes que se atienden en el Tobar García provienen de municipios del conurbano bonaerense, que no cuentan con los tratamientos de salud mental pertinentes, ni poseen una obra social o dinero para poder costear la atención en otra institución. La amplia mayoría de las familias que llegan al Tobar García son de sectores populares que cargan con un largo camino de rechazos y derivaciones entre instituciones de salud hasta llegar allí, constituyéndose en la única institución pública que puede abordar la gravedad de problemáticas en salud mental infanto-juvenil demandadas (Barcala 2015).

Para avanzar, entonces, primero es necesario realizar una caracterización de las problemáticas que suelen tener los/las niño/as y adolescentes que se atienden en el Tobar García, de la terminología diagnóstica más recurrente y algunas de las modalidades del trabajo profesional. Si bien estos aspectos varían dependiendo de qué servicio se esté caracterizando, me centraré en las generalidades que presenta el hospital.⁴

Las problemáticas son amplias y varían según la edad y el género. Por lo general, tal como lo describen los/las entrevistados/as, los/las niños/as que asisten suelen presentar comportamientos que por momentos son violentos, en particular cuando se enojan frente al pedido de que sigan ciertas reglas, cuando se frustran frente a algún juego, una tarea que les cuesta realizar, o al momento de compartir. Esto se puede expresar en gritos, llantos, romper objetos, insultos y/o golpes. En ocasiones, son niños/as que les cuesta concentrarse y/o permanecer quietos. En otras, son niños/as muy tímidos/as que les cuesta socializar; esto es, hablar y/o jugar con pares o adultos. También hay niños/as que no hablan ni juegan o que presentan muchas dificultades para ambas cosas. Algunos/as tienen fuertes miedos, y dicen escuchar voces atemorizantes y/o que les indican qué hacer. Otros/as suelen escaparse de sus casas. Algunos/as, a su vez, presentan problemáticas cognitivas.

4 El hospital Tobar García, según lo conversado con distintos/as profesionales, cuenta con 450 trabajadores/as. De manera aproximada, atiende entre 900 y 1000 pacientes por mes. Divididos por sectores, el Servicio de Internación atiende a 42 pacientes, Hospital de Día a 85 y Consultorios Externos a 450. La Guardia, a unos 13 pacientes por día.

Respecto a los/las adolescentes, muchos/as fueron niños/as con las características antes sintetizadas que se fueron desarrollando, solo que, tal como me plantearon diversos/as profesionales, “no se trataron de chicos/as” o “su tratamiento fue discontinuo”. Estos/as adolescentes presentan características similares a las descritas, profundizadas por las expectativas y frustraciones propias del período vital. Según los/las profesionales, algunos/as aspectos de las problemáticas mejoran mientras que otros se agravan. En este sentido, muchos/as incorporan problemáticas de consumo de sustancias, aumentan las auto y hetero agresiones (incluso intentos de suicidio) y las huidas del hogar. A su vez, las problemáticas que incluyen componentes delirantes, ya sea auditivas, visuales, o de indistinción de lo fantástico y lo real, suelen ganar complejidad. Pero también hay muchos/as adolescentes que tienen, para usar la terminología nativa, “episodios de primera vez”. Por lo general estos “episodios” se expresan en “crisis” con un alto contenido delirante, e incluyen comportamientos agresivos. Mayormente, los adolescentes varones hacen estos “episodios de primera vez” con comportamientos hetero-agresivos y las adolescentes mujeres con autolesiones.

Con relación a los diagnósticos recurrentes, que es parte de la terminología nativa, distintos/as profesionales me explicaron que suele primar en los adolescentes varones diversas variantes de esquizofrenia, incluidos los trastornos psicóticos y de tipo bipolar. Algunas veces, también, se combinan con el diagnóstico de retraso mental.⁵ En las adolescentes mujeres se encuentran presentes estos diagnósticos, pero priman también otros, como los trastornos del estado del ánimo, de tipo bipolar y depresión, o los trastornos de la personalidad.

En los/las niños/as suelen primar diagnósticos de las variantes de la esquizofrenia, pero también otros como el trastorno generalizado del desarrollo, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de control de los impulsos, el trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad, distintas variantes del trastorno del lenguaje, retraso mental y variantes dentro del diagnóstico del espectro autista (en particular, esto último, en niños/as pequeños/as).

Respecto a las modalidades de trabajo, si bien también varían mucho de acuerdo al estilo de cada profesional, la disciplina, el servicio, las edades y las problemáticas, quisiera explicitar el siguiente denominador común. Además del trabajo con las familias y del tratamiento farmacológico, por lo general, la modalidad de intervención clínica con los/las niños/as y adolescentes es a través del juego y la palabra. Si bien muchas veces con los/las niños/as prima el juego, y con los/las adolescentes la palabra, suelen ser dos facetas combinadas en las formas que adopta el trabajo cotidiano. Dependiendo del espacio, el

5 Este es el término que se emplea en los manuales psiquiátricos, pero muchas veces se denomina, también, de forma nativa, discapacidad intelectual.

trabajo se hace de forma grupal, individual o mixta. A veces se suma, también, el recurrir a diversas expresiones artísticas, de oficios, y/o talleres que abordan aspectos de la vida diaria. Por esto los consultorios suelen contar con juguetes y materiales de diversa índole, o se realizan tratamientos en espacios amplios del hospital⁶ para poder realizar juegos de desplazamiento y/o deportivos.⁷

La caracterización anterior es fundamental para contextualizar y enriquecer los análisis que siguen.

DISCUSIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES DE CARA AL ANÁLISIS

La gestión estatal de ciertos colectivos de personas minorizadas, como los/las niños/as, las personas con discapacidad, o las personas consideradas “locas”, suele involucrar un vínculo particular entre tutores/as y tutelados/as (Lima 2002). En efecto, los resultados de la labor de estos/as agentes estatales no solo definen los destinos de sus tutelados/as, sino que sirven para ponderar las capacidades y saberes expertos de quienes tutelan (Vianna 2014). Por lo que el vínculo profesional-paciente, tal como se desarrollará, adquiere una significancia particular al respecto de la ética del adulto/a responsable del cuidado de la salud mental infantil. Más allá del poder que tienen los discursos profesionales de definir verdades en el campo de la salud (Menéndez y di Pardo 1996), y de objetivar diagnósticos o condiciones en las corporalidades de los/las personas (Good 2003), lo que me interesa es analizar los matices sobre cómo los/las profesionales del Tobar García se encuentran ligados/as a sus pacientes.

Históricamente, las personas consideradas “locas” alternaron entre dos situaciones de características iatrogénicas: la permanencia en instituciones totales, que se hacen cargo con distintos grados de desvinculación del resto de la vida social de todos sus aspectos vitales (Goffman 2001 [1961]); o la experiencia de una sacrificada carrera moral por encontrar otras instituciones de atención, en la que deben sortear a una serie de rechazos y derivaciones con la suficiente persistencia y creatividad para, finalmente, lograr ser aceptados/as (Goffman 2015 [1963]).

Uno de los principales planteos que sostengo es el de conceptualizar a dicho tiempo de búsqueda – signado por la vulneración e invisibilización del derecho ciudadano a la salud – como un período de características “liminales” (Turner 1980 [1967]).

El concepto de liminalidad se propuso, en sus inicios, para analizar el período de transición que viven los individuos al pasar de un *status* social a otro

6 Por ejemplo, en el gimnasio cubierto donde se desarrollan las actividades de educación física, o en las canchas abiertas que se encuentran detrás de las salas de internación.

7 Lo reconstruido en este párrafo al respecto de las modalidades del trabajo se desprende tanto de diversas entrevistas realizadas a profesionales como de ateneos en los que participé en el marco de la investigación.

en los ritos de pasaje. En este período de excepción los individuos quedan al margen de la estructura social. Es decir, en un no lugar, sin *status*, sin derechos ni obligaciones (Turner 1980 [1967]: 106). Al respecto, el antropólogo Victor Turner plantea: “La ‘invisibilidad’ estructural de las personas liminares tiene un doble carácter. Ya no están clasificados, y al mismo tiempo todavía no están clasificados [...]”.

Tal como se desarrollará en las secciones que siguen, la oficialización de ciertos profesionales en los términos de un equipo tratante implica el pasaje ritual de ciertos niños/as y adolescentes a pacientes.

En el actual sistema sanitario, los/las profesionales deben priorizar la asignación de dicho *status* social, el de pacientes, según una serie de criterios que no están exentos de profundas tensiones éticas e institucionales. Al igual que las derivaciones, en sus diversas modalidades. En este sentido, las decisiones y acciones que los/las profesionales llevan adelante para no “dejar a la deriva” a sus pacientes nos remiten a las particularidades de esta gestión estatal: no solo se definen los destinos de los/las tutelados/as, niños/as y adolescentes, sino que se define la valoración propia y ajena de los/las adultos/as responsables, tanto en relación a sus experticias profesionales como a sus atributos éticos (Lima 2002; Vianna 2014).

“CHICOS TOBAR”: ENTRE LA FALTA DE RECURSOS ACCESIBLES Y LA ESTIGMATIZACIÓN

En una conversación con la psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos con la que mantuve entrevistas recurrentes, ella utilizó una expresión, al pasar, como una coloquialidad cotidiana: “los chicos Tobar se atorán en el sistema”. Le había preguntado su opinión sobre por qué costaba tanto la externación del Tobar García hacía otras instituciones, dado que en un encuentro anterior ella había planteado que esta era una de las principales dificultades que tenían como profesionales. En el marco de una extensa explicación respecto a los obstáculos que tenían para poder derivar pacientes utilizó, al pasar, dicha expresión, y la frené para que se explicara. En el momento me pareció que, así, estaba condensando una gran cantidad de elementos que hacen a una problemática que los/las atraviesa emocionalmente. En múltiples ocasiones, con diversos/as profesionales, pude destacar el involucramiento personal, la frustración, el esfuerzo, dudas, y alegría cuando tienen éxito, sobre este tópico: la dificultad por derivar pacientes.

Esta dificultad por derivar niños/as y adolescentes por fuera del Tobar García es un denominador común en el trabajo de los/las profesionales de los distintos departamentos del hospital. Que los chicos “se atoren en el sistema” se debe, tal como me explicaron diversos/as profesionales entrevistados/as, a que en muchas ocasiones existen barreras actitudinales (Werneck 2005) por

parte de quienes evalúan si admitir, o no, en otra institución, a los/las niños/as y adolescentes que transitaron por el Tobar García. Estos/as niños/as y adolescentes cargan con los atributos socialmente desacreditados, que potencialmente los/las desacredita (Goffman 2001 [1961], 2015 [1963]), de haber “ido a un neuropsiquiátrico”.⁸ Es decir, cargan con el estigma social de la locura en su mayor gravedad, asociada a una idea de peligro, de lo impredecible, la violencia, lo incontrolable y lo crónico.

Lo anterior plantea una situación iatrogénica, entendiendo que la enfermedad, lejos de ser un fenómeno individual estrictamente orgánico y aislado, tiene fuertes causas sociales (Menéndez y di Pardo 1996). En particular, las problemáticas que califican como parte de una enfermedad mental infantil tienen una base social fundamental al analizar la falta de accesibilidad que presenta el sistema de atención y los estigmas que produce la centralización manicomial. En la práctica, tal como nos ilustra Byron Good (2003) con sus estudios sobre la corporización del padecimiento, o Tim Ingold (1998) sobre el entrelazamiento de los aspectos biológicos, psicológicos, y sociales en las experiencias de una condición de salud, los *déficit* sociopolíticos del sistema sanitario terminan individualizándose en los niños/as y adolescentes del Tobar García. En este proceso, los factores sociopolíticos de la enfermedad, referidos tanto a la estigmatización como a la disponibilidad y organización de los recursos sanitarios, se invisibilizan.

De esta forma, en las dificultades para lograr externar pacientes, se combina la falta de recursos humanos y materiales del sistema de salud con las barreras actitudinales hacia “los chicos Tobar”,⁹ quienes portan el estigma de haber transitado por este hospital. Una psicóloga del Departamento de Internación, al respecto, me planteó:

“Mirá, yo creo que nuestro hospital es el límite de la atención infanto-juvenil. El límite en tanto último recurso para casos muy graves. Tenemos una población de pacientes que, a pesar de ser súper chicos, porque es hasta los 18 años, están arrasados: clínicamente, socialmente. Con lo cual constituyen casos crónicos, que es una locura hablar en esos términos, pero es la realidad, ¿no? Entonces eso hace que al ser el último eslabón en la atención infanto-juvenil, después casi que ya no hay nada. Y son pacientes que son muy difíciles, que generan mucho temor incluso en otros lugares. Temor por los casos, no por el paciente en sí. Y con muy pocos recursos: muchos

8 Utilizo el entrecomillado para citar de manera textual aseveraciones de profesionales entrevistados/as.

9 Esta es una expresión nativa que surgió en diversas entrevistas con profesionales como una forma de explicar la dificultad que tienen los/las pacientes del Tobar García por ser aceptados en otras instituciones.

pacientes llegan sin familia, con escasos referentes afectivos... entonces todo eso hace que se complique un montón. Y yo creo que además, del otro lado, hay muy pocos dispositivos pensados para estos pacientes, y los que hay son de una precariedad absoluta. Por eso llegan, incluso, con esta cronicidad o con esta gravedad, ¿no?” [Psicóloga del Departamento de Internación, 27/07/2020]

La cronicidad de estas situaciones está formada por una problemática social de base que se da por una falta dual de recursos. Por un lado, la de los recursos que actualmente tiene el sistema de salud, y por el otro los de la población usuaria. Tal como se plantea en la cita, la gravedad de las problemáticas en salud mental de los/las niños/as y adolescentes que se atienden en el Tobar García tiene un fuerte carácter social. En otro momento de la entrevista, dicha psicóloga planteó que el carácter social de las problemáticas está dado: “No solo por la falta de recursos económicos, sino muchas veces debido a la ausencia de un ambiente familiar de cuidado, referentes afectivos, vivienda y escolaridad”.

En este marco, la principal dificultad para lograr una “derivación efectiva” es encontrar instituciones idóneas para las problemáticas de los/las pacientes y que acepten admitirlos/as. En la cita puede verse cómo “los chicos Tobar” generan “temor” en otras instituciones y profesionales, más allá de si cuentan o no, en la práctica, con los recursos materiales o las experticias suficientes para atenderlos/as.

La estigmatización en tanto “chicos Tobar” y su exclusión, tanto de otras instituciones de salud como de diversas esferas de la vida social, genera más barreras de accesibilidad (Comes *et al.* 2007) que contribuyen a la cronificación de las problemáticas sociales involucradas. Uso esta formulación adrede para resaltar que las problemáticas de salud mental de estos/as niños/as y adolescentes se cronifican en complejos procesos de exclusión social, donde se entrelaza la marginación, la estigmatización, la ausencia de recursos estatales y la vulneración de derechos ciudadanos (Castel 2014).

Se trata de un ciclo que se retroalimenta: la centralización de recursos en el Tobar García lleva a que los/las chicos/as y adolescentes sean los/las más graves en materia de salud mental del país, volviéndose un estigma que dificulta su admisión en otras instituciones (Barcala 2015).

Al respecto, una de las trabajadoras sociales que interviene en Hospital de Día me explicaba, desde su punto de vista, cuáles son las principales razones por las que el egreso del hospital se vuelve tan problemático. En particular para aquellos/as niños/as que necesitan un dispositivo como Hospital de Día cerca de sus zonas de residencia:

“Mirá, Hospitales de Día, así como el que hay en el Tobar, creo que es el único. Está el Mafalda en el hospital Álvarez, que siempre está lleno; y La

Cigarra en provincia, que está muy desfinanciado... Después, hospitales de día que hagan tratamiento integral... no hay más. [...] Incluso si vos querés buscar en un CeSAC¹⁰ un fonoaudiólogo, por ejemplo, y te estoy hablando en capital federal para este nene que te contaba que tenía Trastorno de Lenguaje,¹¹ que no era TGD,¹² ni TEA,¹³ ni nada de lo más complicado, hasta eso es difícil conseguir.

También, el rótulo del Tobar no ayuda. Hay muchas salitas que no te toman un nene para psicología porque dicen ‘no, pará, pero... ¿viene del Tobar?’, ‘uh, TGD’, te dicen ‘no, yo con eso no trabajo’. Psiquiatría infantil no tenés nada, es escasísimo en el sistema público. Psicología también cuesta mucho conseguir. Y todo lo que son terapias complementarias, por ejemplo TO,¹⁴ muy poquitas salitas tienen TO. [...] Entonces no tenés profesionales que atiendan chicos, más con estas características.” [Trabajadora social del departamento de Hospital de Día, 06/08/2020]

Tal como me especificaron diversos/as profesionales, para la continuidad de los tratamientos por fuera del Tobar García estos pacientes, al menos en la mayoría de los casos, requieren de base un psicólogo y psiquiatra infanto-juvenil. Este último es un recurso humano sumamente escaso, en particular por fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Barcala 2015). También la provisión de determinados psico-fármacos, muchos de los cuales¹⁵ son sumamente difíciles conseguir de manera gratuita por fuera del Tobar García, y en particular en determinados municipios de la Provincia de Buenos Aires. En muchas ocasiones, además, se suma la necesidad de conseguir terapias complementarias: terapia ocupacional, psicomotricidad, musicoterapia, fonoaudiología, psicopedagogía. O la asistencia a dispositivos especializados: hospitales de día, centros de día, centros de enseñanza terapéuticos.

Las dificultades que plantea la centralización de recursos de atención en el Tobar García se acrecienta, en particular, cuando se necesita derivar pacientes a dispositivos especializados, terapias complementarias, o mantener ciertas medicaciones. Sobre esto último, otra de las profesionales de Internación, psiquiatra, me explicaba lo complejo que es garantizar la provisión de medicaciones por fuera del Tobar García en pos de efectivizar una derivación:

10 Centro de Salud y Acción Comunitaria.

11 Se trata de un diagnóstico que incluye problemáticas más leves en comparación con los próximos dos que nombra, por eso lo da como un ejemplo de la falta de accesibilidad, incluso para casos menos complejos.

12 Trastorno general del desarrollo.

13 Trastorno del espectro autista.

14 Terapia ocupacional.

15 Por ejemplo, la clozapina.

“Lo que pasa es que al ser un hospital de referencia llegan cuadros gravísimos, eso hace que los planes de medicación sean muy complejos. Y hay medicaciones que no se consiguen en otros lugares. Además de que por ahí, en zonas de provincia de Buenos Aires, hay un solo psiquiatra infanto-juvenil y el turno es una vez por mes, si consiguen ese turno... Nosotros hacemos el contacto con el profesional y nos dice ‘tal medicación no la tenemos, tal otra tampoco...’, entonces ahí se obstaculiza mucho la derivación.” [Psiquiatra del departamento de internación, 28/07/2020]

En efecto, a la dificultad de encontrar lugares con recursos idóneos y que acepten admitirlos/las se suma el requerimiento de que las terapias estén cerca de sus zonas de residencia. Más allá de la pauta formal, escrita en la Ley Nacional de Salud Mental, sobre la necesidad de una cercanía geográfica de los tratamientos, los/las profesionales refieren que en la práctica es uno de los criterios para lograr su continuidad. Para la gran cantidad de tiempo dedicado a las terapias que estos/as niños/as y adolescentes necesitan, sumado a diversas gestiones administrativas que suelen estar asociadas, la distancia se vuelve una barrera social para las familias que limita la accesibilidad (Comes *et al.* 2007) a los pocos recursos existentes.

Siguiendo a la psiquiatra de la última cita, por ejemplo, si se lograra conseguir cerca de sus zonas de residencia la derivación con un equipo tratante, incluso a terapias complementarias o dispositivos especializados, pero no la medicación que necesitan, las familias tendrían que seguir yendo cotidianamente al Tobar García para buscarla. Algo que más allá de la incompatibilidad administrativa¹⁶ sería sumamente complejo poder sostener en el tiempo para una familia, o referente, que ya debe acompañar al niño/a o adolescente a las restantes terapias. Recordemos, como se explicitó más arriba, que las familias están atravesadas por múltiples problemáticas socioeconómicas, muchas de las cuales incluyen situaciones de violencia, desempleo, o incluso patologías de salud mental. También hay pacientes que no tienen familias, o cuya familia está ausente, y su cuidado está a cargo de operadores de hogares¹⁷ con una disponibilidad limitada (debido a la gran cantidad de personas a su cargo).

16 Ya que, formalmente, para retirar medicación de la farmacia del Tobar García tenés que ser paciente de la institución, su familiar, o tutor (y contar con una receta médica hecha en la institución).

17 Los operadores de hogares son adultos/as responsables de niños/as y adolescentes que se encuentran a cargo de un Hogar Convivencial. La permanencia en este tipo de instituciones se dictamina judicialmente a través de una medida de excepción que busca proteger derechos estimados vulnerados en los ambientes de convivencia familiar.

LA DERIVACIÓN EN PROBLEMAS: ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS Y LA ÉTICA PROFESIONAL

En esta sección abordaré distintas facetas de la gestión estatal cuando los/las niños/as ya tienen el alta clínica del Tobar García, pero no pueden ser externados por la falta de un equipo tratante en otra institución. Los/las profesionales del hospital, en estos casos, suelen intentar una derivación intrahospitalaria. Por ejemplo, cuando un niño/a o adolescente está internado/a, con el alta dada, en búsqueda de una institución para tratarse de manera ambulatoria, muchas veces los/las profesionales gestionan una derivación con Consultorios Externos u Hospital de Día del hospital. En estos casos, según repongo de las entrevistas realizadas a diversos/as profesionales, el argumento suele ser que seguir buscando un tratamiento por fuera del Tobar García implicaría prolongar la internación de manera innecesaria. Ya que los/las pacientes no pueden irse de la internación sin un tratamiento, por fuera, garantizado.

Algo parecido sucede entre hospital de día y consultorios externos. Cuando un paciente termina su período en Hospital de Día,¹⁸ si los/las profesionales consideran que puede tratarse en un Consultorio Externo (es decir, que ya no precisa de un Hospital de Día o de un “dispositivo intermedio” similar), muchas veces se lo deriva a Consultorios Externos del Tobar García frente a las dificultades por conseguir el tratamiento cerca de la zona de residencia del paciente. Y viceversa, si los/las profesionales de Consultorios Externos consideran que alguno de sus pacientes precisa, por un agravamiento de las problemáticas, pasar a una modalidad de atención como la que hay en Hospital de Día, muchas veces gestionan la derivación interna frente a la escasez de este tipo de “dispositivos intermedios”¹⁹ en otros sitios.

Pero dada la alta demanda de niños/as y adolescentes en los servicios, la derivación intrahospitalaria es sumamente disputada y está cruzada por múltiples tensiones. Muchos/as profesionales coinciden, al respecto, diciendo que los servicios del Tobar García están “sobresaturados”.

En este marco, si no hay posibilidad de realizar una derivación externa ni intrahospitalaria, la estrategia es sostener el tratamiento básico, psicología y psiquiatría con la menor frecuencia posible, prescindiendo de las terapias de rehabilitación y complementarias.²⁰ El móvil de esta decisión está dado por

18 El tratamiento en este servicio está estipulado, como máximo, por un período de dos años.

19 “Dispositivos intermedios” es una forma nativa de denominar una modalidad terapéutica que implica una concurrencia a la institución elevada, en el marco de una cotidianidad que incluye distintas terapias y propuestas (por lo general, de carácter grupal). En este sentido, “intermedio” refiere a que estas modalidades de atención se encuentran a “mitad de camino” entre lo intensivo de una terapia que incluye una internación, y una terapia ambulatoria (cuya frecuencia en la asistencia es menor, y por lo general de tipo individual).

20 Musicoterapia, terapia ocupacional, educación física, psicopedagogía, fonoaudiología.

una problemática de disponibilidad y de ética profesional: priorizar los recursos de la institución en los/las pacientes que requieren con mayor urgencia de un tratamiento especializado, sin dejar “a la deriva” al resto.

Específicamente sobre la ética profesional, la derivación intrahospitalaria, y los problemas que plantea el sostenimiento de tratamientos mínimos mientras se consigue una derivación externa, la psiquiatra de Consultorios Externos con la que mantuve encuentros recurrentes planteaba:

“Psiquiatra: Sí, sostenemos muchos pacientes graves porque, a veces, Hospital de Día no tiene espacio. Entonces chicos que tendrían que estar por indicación en un Hospital de Día, por no tener espacio, los atendemos nosotros desde Externos hasta que haya alguna vacante. [...] Y ahora, la verdad, que mi cuerpo me está pasando factura.

Yo: ¿Pero por algún caso puntual, decís, o por la acumulación de todo el año?

Psiquiatra: Por la acumulación... Porque lo que tiene lo público es que para que las cosas salgan siempre hay que hacer un poquito más, ¿no? [...] Y también porque se van sumando cosas. Como te decía, nosotros podíamos atender a pacientes más moderados [...] Ahora, lo que pasa es que en el exceso de pacientes graves que quedan como atorados en el sistema, las problemáticas agudas son cotidianas. Y por el otro lado, como nuestros cuerpos son finitos y el tiempo tiene un límite, hay pacientes que los estamos asistiendo con menos frecuencia. Citándolos cada 15 días, o una vez al mes... El tema es que se estabilizan pero su tratamiento, así, está en un paréntesis hasta conseguir la derivación. Y son niños. Entonces es ahí cuando a una se le empiezan a poner en juego algunas cuestiones éticas. Nosotros... podemos quedarnos media hora más, tratar de ayudar a la familia que consiga rápido la medicación, o al profesional para derivarlo. Pero muchas veces tampoco se soluciona. Esto nos genera, a todos, muchas angustias...” [Psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos, 10/12/2020]

Se puede ver en estos planteos cómo la ética profesional tiene un fuerte componente emocional. Durante la mayoría de las entrevistas registré un significativo involucramiento personal y sentimental de los/las profesionales en este tipo de situaciones como las que problematiza la psiquiatra citada. Me refiero a situaciones donde la continuidad del tratamiento de sus pacientes depende de un esfuerzo personal que desborda el estrictamente pautado por sostener y garantizar la continuidad del tratamiento. Esto es, por más que sus pacientes ya estén de alta para los parámetros institucionales, que los/las profesionales sostengan los tratamientos a la par que gestionan una derivación externa.

Al decir de muchos/as profesionales, la derivación se trata de “un trabajo artesanal”²¹ ya que muchas veces se teje a raíz de contactos personales que tienen en otras instituciones. Personas con las que compartieron la carrera de grado, la residencia o concurrencia, congresos disciplinares, experiencias laborales u otras instancias de su vida profesional. Es decir que el “trabajo artesanal” de las derivaciones se sustenta en el armado de una red de contactos, que cada uno/a va desarrollando con el tiempo y la experiencia.

No hay un procedimiento formal establecido que agilice el proceso. Depende del esfuerzo que cada profesional quiera o pueda poner en la derivación de sus pacientes. Dicho esfuerzo, entonces, se sustenta en el armado de una red informal de conocidos en el ámbito profesional de la salud mental. O en cuánta constancia tienen los/las profesionales en insistirle a instituciones, donde no poseen contactos previos, para que admitan a sus pacientes.

La compleja derivación de niños/as y adolescentes del Tobar García pone en juego la ética de las personas a cargo. Se trata de una gestión no protocolizada que tiene incidencia en las vidas de los/las niños/as, adolescentes, y sus grupos familiares. Una derivación no efectiva probablemente implique un re-agravamiento de las problemáticas agudas ya tratadas. Es en este sentido que los/las profesionales ponen en cuestión el valor del trabajo realizado con sus pacientes cuando se dificulta “lograr” una “derivación efectiva”. Por eso el fuerte contenido emocional que expresan los/las profesionales al momento de hablar sobre las derivaciones y sus múltiples dificultades.

El análisis de las emociones movilizadas en determinados contextos permite destacar de qué forma las personas significan sus prácticas, valorándolas positiva o negativamente (Zenobi 2020); y cómo lo emotivo construye determinadas acciones y modos de vinculación entre personas, instituciones y procesos históricos. El componente afectivo es inherente a las prácticas orientadas a la construcción de redes personales entre diversos actores sociales, y no contemplarlo sería sesgar el análisis social (Sirimarco y L’Hoste 2018).

En efecto, durante las gestiones en torno a las derivaciones de sus pacientes, los/las profesionales ponen en juego su idoneidad profesional, la valorización del trabajo realizado hasta el momento, y su compromiso con los/las niños/as, adolescentes, y familias, a raíz del vínculo construido. Este fue un tema que durante las entrevistas generó reflexiones de parte de los/las profesionales con un fuerte carácter emotivo; refiriéndome de manera explícita, aunque también se destacó en el tono de las voces y la gestualidad, que cuando “las derivaciones no salen” da “mucho bronca” o “mucho frustración”.

Siguiendo esta línea, durante los ateneos también se expuso, a veces con una particular emotividad, reflejada en un mayor número de cámaras prendidas,

21 Esta es una expresión nativa que tomé de distintas entrevistas realizadas a trabajadoras sociales y psicólogas tanto del Departamento de Consultorios Externos como de Hospital de Día.

caras asintiendo, comentarios en el *chat* o intervenciones orales directas, el sentimiento común de “sobrecarga” y “desgaste” acumulado junto al orgullo de llevar adelante un trabajo profesional excepcional. Por ejemplo, durante el ateneo dictado por las residencias en Psiquiatría y Psicología, una de las expositoras lo sintetizó en estos términos: “Estamos orgullosas de haber transitado por un hospital de tercera complejidad en salud mental infanto-juvenil, aunque no fue sin dolor”.²² Con esto hacía referencia a las frustraciones propias del trabajo con pacientes del nivel de gravedad que atiende la institución, junto al orgullo de haber pertenecido y llevarse la experiencia excepcional de la labor.

Una de las profesionales con la que mantuve encuentros recurrentes, psicóloga de Consultorios Externos, me explicaba este involucramiento personal que se tiene en el trabajo cotidiano con los/as niños/as y adolescentes. En parte, decía, es algo que varía según el estilo de cada profesional, pero hay algo de la especificidad de la clínica que lleva a construir vínculos emocionales muy fuertes. Son niños/as y adolescentes con los que tienen encuentros semanales, en los cuales a través del juego y la confianza que cotidianamente se construye “empiezan a poner palabras” a situaciones que vivieron, muchas veces atravesadas por “la violencia y la vulneración de derechos”.

En el Tobar García, después de largos recorridos por el sistema de salud, por primera vez muchos/as logran, según esta psicóloga de Consultorios Externos, hablar, jugar, sonreír, hacerse amigos/as, encontrar intereses, perder la timidez, controlar la impulsividad, poder concentrarse en una tarea, o hasta pensar en un futuro, un “proyecto de vida”. Cada niño/a y adolescente, me planteó, es “un mundo”; y para conocer este “mundo” necesariamente deben construir un vínculo de fuerte compromiso emocional.

Por eso en la derivación de pacientes se pone en juego no solo la idoneidad profesional, o la valorización del trabajo realizado, sino el compromiso que implica el vínculo construido:

“A mí me gusta hablar con el psicólogo que tome el paciente... contarle su recorrido. Pero bueno, es difícil, yo no tuve buenas experiencias con las derivaciones. Porque cuando se van del Tobar te da la sensación de que quedan a la deriva, ¿viste? Y han vuelto diciendo, ‘no, bueno, ahí el psiquiatra nos hace ir a las cinco de la mañana, una vez por mes, para buscar la medicación’, y eso sí que en nuestro hospital no. En eso sí funciona como un hospital de niños, que caen a las diez de la mañana e igual se atienden.” [Psicóloga del Departamento de Consultorios Externos, 02/09/2020]

22 Ateneo dictado por las residencias en Psiquiatría y Psicología, 30 de septiembre del año 2021.

El miedo a que los/las pacientes queden “a la deriva” luego de la externación del hospital se explica, también, considerando que por lo general son niños/as, adolescentes, y familias que transitaron largos y tortuosos itinerarios terapéuticos (Alves 2015) por múltiples instituciones hasta llegar al Tobar García como una “última alternativa” de atención.

Dada la gravedad de las problemáticas que atraviesan a estos/as niños/as y adolescentes, los recorridos en búsqueda de una atención idónea suelen estar signados por múltiples derivaciones, rechazos, requisitos, estudios y certificaciones. Se tratan de itinerarios terapéuticos (Alves 2015) fuertemente burocratizados, durante los cuales muchas veces se repite y prolonga el quedar “a la deriva”.

Otras investigaciones analizaron procesos similares conceptualizándolos como una carrera del paciente de hospital público para tener acceso a la atención (Margulies *et al.* 2003). Dicha “carrera” se encuentra repleta de obstáculos: largas y complejas búsquedas para encontrar una institución accesible e idónea, lograr conseguir un turno y atravesar los tiempos de espera, enfrentarse a múltiples derivaciones, interconsultas y pedidos de estudios. Estos itinerarios signados por solicitudes y esperas interminables muchas veces continúan en un ciclo que se reinicia, provocando que las problemáticas iniciales de la consulta se terminen agudizando (Margulies *et al.* 2003).

Considero que estas situaciones de búsqueda de un equipo tratante por parte de los/las pacientes del Tobar García y sus grupos familiares, donde “los chicos quedan atorados en el sistema”, pueden analizarse desde el concepto de “liminalidad” (Turner 1980 [1967]). Los/las niños/as y adolescentes muchas veces deben atravesar, en sus itinerarios terapéuticos (Alves 2015), un período de liminalidad (Turner 1980 [1967]) para, en el mejor de los casos, que el “estar a la deriva” desemboque efectivamente en una derivación. Con esto me refiero a la búsqueda y encuentro de un equipo tratante idóneo que se responsabilice del proceso de atención y cuidado necesario. Más allá de que estos itinerarios de búsqueda, por lo tortuosos y complejos que son, puedan implicar un agravamiento de las problemáticas iniciales (Margulies *et al.* 2003).

En este sentido, el miedo de muchos/as profesionales a que los/las niños/as, adolescentes, y familias queden “a la deriva” o “atorados en el sistema” al ser externados del Tobar García se vincula a este período de liminalidad por el que deben atravesar para alcanzar una derivación efectiva. Así, el proceso de derivación puede ser entendido como un ritual complejo en el que muchas veces prevalece un período donde pareciera que no hay instituciones accesibles y/o equipos tratantes que puedan hacerse cargo del tratamiento.

En este período, en efecto, los derechos ciudadanos a una atención idónea en salud mental quedan suspendidos, o invisibilizados, al igual que las obligaciones estatales. Hasta que la derivación se efectivice y este período de liminalidad culmine, los/las pacientes y sus familias quedan en un no lugar, o uno

de excepción, donde la continuidad de los tratamientos depende solamente de la voluntad individual de los/las profesionales. Es decir, de sus esfuerzos por lograr “conseguir” la derivación, y de su disposición a seguir tratándolos en ese período por más que formalmente ya no su obligación (dado que en estos casos el alta suele ya estar otorgada).

Al respecto, una psicóloga que trabajaba en la Admisión General del hospital hasta que por la pandemia dicha instancia se cerró, me planteó durante una entrevista que el “peloteo” sobre “a quién le corresponde” la atención se exagera cuando los/las adolescentes cumplen 18 años. Según las directivas, me explicó, a esa edad ya no entran en el perfil del Tobar García, dado que formalmente pasan a ser considerados/as adultos/as, por lo que deben ser externados/as. Esta profesional me explicó que muchas veces otras instituciones utilizan la “excusa” de que tienen 18 años recién cumplidos para no querer admitirlos/as:

“Y es muy difícil porque es como estar pateándose todo el tiempo la pelota. ‘No, porque yo atiendo hasta los 18’, ‘No, porque yo atiendo desde los 21’, entonces ¿qué hacés de 18 hasta los 21...?” [Psicóloga del Departamento de Consultorios Externos, 25/09/2020]

Durante la pandemia por Covid-19, principalmente durante el primer año y medio, la mayoría de las admisiones en instituciones para pacientes con problemáticas en salud mental se cerraron. En este marco, dada la gran cantidad de adolescentes que cumplieron 18 años durante la pandemia, algunos/as profesionales del Tobar García hablaron con sus jefes “para blanquear”, que los seguirían atendiendo, al igual que con los/las niños/as “ya compensados”, y/o que cumplieron con los plazos de tratamiento estipulados. La misma psiquiatra de Consultorios Externos que cité más arriba, durante otro encuentro, planteó sobre este tipo de situaciones:

“Psiquiatra: Y bueno, alguna política, alguna estrategia, hay que armar para poder sostenerlos, porque la realidad nos supera. Este es el punto.

Yo: Claro.

Psiquiatra: Entonces, ¿qué pasa con estos pacientes en el hospital? Los pacientes que se estabilizaron empiezan a venir solo a control farmacológico hasta que se consiga un psicólogo y un psiquiatra por fuera. Se les quita todos los demás tratamientos.” [Psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos, 09/09/2020]

Por tanto, como vengo desarrollando, si no se puede derivar hacia afuera del Tobar García, ni seguir sosteniendo un tratamiento en el servicio dado que ya no entra en su perfil de pacientes, se suele intentar la derivación intrahospitalaria.

Una de las psicólogas de Hospital de Día con la que mantuve encuentros recurrentes planteaba lo habitual de esta práctica, por más que enfatizara que “no era lo ideal”. Es decir que lo preferible, y prioritario, era conseguir una externación del hospital, pero que por las barreras de accesibilidad en otras instituciones se debía pensar en otras estrategias:

“Hay equipos que se les dificulta mucho la derivación. Por eso también se piensa derivar dentro del hospital. O sea, tal como recibimos pacientes nosotros de Externos, también les mandamos pacientes a ellos. Está esa vía, si es que no se consigue derivarlos afuera que obviamente es lo ideal.” [Psicóloga del Departamento de Hospital de Día, 04/05/2021]

Sin embargo, tal como alertó la psicóloga más adelante en esa entrevista, y esto es algo compartido por muchos/as profesionales disímiles, de esta forma se arma una “puerta giratoria” dentro del hospital.

Parafraseando lo dicho por distintos profesionales en las entrevistas, entrar al Tobar García es relativamente sencillo, pero salir del “peloteo interno” hacia afuera es muy difícil. Si bien, a veces, puede haber “desacuerdos” sobre quién se hace “responsable del tratamiento” o quién se hace “responsable de la derivación”, en definitiva, la derivación intrahospitalaria es una práctica de cuidado. En la medida que, éticamente, “no podés dejar a un paciente sin tratamiento”. Y si la forma de lograrlo es que siga en el hospital, aunque idealmente se prefiera conseguir una terapia cerca de sus zonas de residencia, o al menos por fuera de la institución, el Tobar García “es lo que hay”.

El sociólogo Nicolás Rose, desde una perspectiva focaultiana, desarrolló el concepto de ehtopolítica. A diferencia de las técnicas de gobierno de la anatomopolítica, centradas en la construcción de disciplinas comportamentales a las que los individuos deben atenerse en el marco de ciertos parámetros de normalidad; y de la biopolítica, basada en la colectivización de un sistema de clasificaciones sociales, estadísticas, y saberes expertos; la ethopolítica refiere a las técnicas de gobierno a través de las cuales se intenta “definir la conducta de los seres humanos actuando sobre sus sentimientos, creencias y valores, en pocas palabras, actuando sobre la ética” (Rose 2012: 67). Desde esta perspectiva se instauran y naturalizan ciertas tecnologías de optimización del comportamiento, desde la sujeción de individuos al juzgamiento de su propio *ethos*. En palabras del autor:

“En la política de nuestro presente, en particular en el renovado interés por los temas comunitarios, el *ethos* de la existencia humana – los sentimientos, naturaleza moral o creencias rectoras de personas, grupos o instituciones – ha venido a proporcionar el ‘medio’ en el que es posible conectar el auto-gobierno del individuo autónomo con los imperativos del buen gobierno.” (Rose 2012: 67)

El *ethos* individual, entonces, está conformado por sentimientos, creencias, y valores que se constituyen en el marco de relaciones sociales concretas. En particular, se ponen en tensión y conforman en el momento en el que los individuos deben lidiar con determinadas problemáticas que creen de su competencia. Tal como sucede con el *ethos* de los/las profesionales del Tobar García al momento de gestionar, mediante el fuerte involucramiento personal analizado, las problemáticas de sus pacientes.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo del artículo vimos que los/las profesionales del Tobar García llevan adelante distintas estrategias para evitar que sus pacientes “queden a la deriva” o “atorados en el sistema” frente a las dificultades por lograr una derivación externa efectiva.

Analiqué las estrategias que se llevan adelante hacia dentro de la institución, principalmente la derivación intrahospitalaria entre servicios y el sostenimiento del tratamiento reduciendo las terapias a las indispensables. También abordé las tensiones que atraviesan dichas estrategias, como la “sobrecarga” de trabajo referida por los/las profesionales, las presiones por responder a un perfil de “hospital de agudos”, y las críticas a que estas estrategias generen un “peloteo interno” o una “puerta giratoria” dentro del hospital. A su vez, se desarrolló la importancia que los/las profesionales confieren a hacer un “trabajo artesanal” con cada paciente y derivación.

A nivel conceptual, se desarrolló cómo esta gestión estatal se hace posible gracias a la conformación y mediación de una ethopolítica (Rose 2012) centrada en las creencias, valores, y sentimientos de los/las profesionales del Tobar García. Ellos/ellas deben lidiar con la disyuntiva moral que plantea ser responsables de la continuidad del tratamiento de niños/as y adolescentes en un contexto sanitario de gran escasez de recursos accesibles. En este sentido, se incorporó al análisis los procesos de estigmatización (Goffman 2001 [1961], 2015 [1963]) que dificultan la admisión de los “chicos Tobar” en otras instituciones por el nivel de “peligrosidad” o “gravedad” que se les adjudica a los niños/as y adolescentes que transitaron por el monovalente.

Dejarlos “a la deriva” o en condiciones que queden “atorados en el sistema” implicaría una condena moral, propia, que ninguno/a desea cargar. En efecto, una de las particularidades de este tipo de gestión estatal, destinada a niños/as y adolescentes con problemáticas de gravedad en salud mental, es el involucramiento personal y emocional (Zenobi 2020) que los/las profesionales entablan con sus pacientes. Aquí se dirime la valoración ética de cada tutor/a sobre si mismo/a y sus compañeros/as en estrecha ligación al futuro de los/las tutelados/as (Lima 2002; Vianna 2014). Algo que se pone especialmente de

relieve en la búsqueda de equipos tratantes que se hagan cargo de estos/as niños/as cuando se externen del hospital.

Dicha gestión estatal de problemáticas, entonces, se construye desde los esfuerzos personales que cada profesional realiza a cuenta propia, optimizando su labor hasta el límite de la “sobrecarga”, ya sea a través de un “trabajo artesanal”, es decir, el armado de una red de contactos para poder externar pacientes; la insistencia en los pedidos a otras instituciones para que acepten admitirlos/as; o la continuidad en el Tobar García a través de una derivación intrahospitalaria, o la reducción de terapias en el mismo servicio. A pesar que, clínicamente y legalmente, corresponda una externación cerca de sus zonas de residencia.

De esta forma, por más que las barreras de accesibilidad (Comes *et al.* 2007) en el sistema sanitario a un tratamiento por motivos de salud mental infanto-juvenil sean muchas, y se naturalice la invisibilidad liminal (Turner 1980 [1967]) en el cumplimiento de derechos, los/las profesionales del Tobar García logran brindar una respuesta estatal con los recursos, prácticas, y estrategias de que disponen.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVES, Paulo, 2015, “Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença”, *Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais*, 42: 29-43.
- BARCALA, Alejandra, 2015, “La medicalización de la niñez: prácticas en salud mental y subjetividad en niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial”, in Alejandra Barcala y Luciani Conde (orgs.), *Salud Mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, Políticas y Prácticas*. Buenos Aires: Teseo, 75-106.
- BATALLÁN, Graciela, 2020, “Antropología y metodología de la investigación”, *Revista de la Academia*, 30: 199-219. DOI: <https://doi.org/10.25074/0196318.0.1853>.
- CAMARGO, Juliane Cristine de, Lislei Teresinha PREUSS, y Marcos Koczur LACERDA, 2018, “A política de saúde mental no Brasil e Argentina: uma breve caracterização”, *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Vitória, ES: Universidade Federal de Espírito Santo.
- CASTEL, Robert, 2014, “Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre”, *Revista Internacional de Sociología*, 72 (1): 15-24. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2013.03.18>.
- CETRÁNGOLO, Oscar, 2014, “Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino”, *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13: 145-183.
- COMES, Yamila, et al., 2007, “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”, *Anuario de Investigaciones*, 14: 201-209.
- FINDLING, Liliana, María ARRUÑADA, y Ezequiel KLIMOVSKY, 2002, “Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de obras sociales en Argentina”, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4): 1077-1086.
- GOFFMAN, Erving, 2001 [1961], *Internados: Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving, 2015 [1963], *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOOD, Byron, 2003, *Medicina, Racionalidad y Experiencia: Una Perspectiva Antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GUPTA, Akhil, y James FERGUSON, 2008, “Más allá de la ‘cultura’: espacio, identidad y las políticas de la diferencia”, *Antípoda – Revista de Antropología y Arqueología*, 7: 233-256. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda7.2008.10>
- HINE, Christine, 2000, *Etnografía Virtual*. Barcelona: Editorial Uoc.
- INGOLD, Tim, 1998, “From complementarity to obviation: on dissolving the boundaries between social and biological anthropology, archaeology, and psychology”, *Zeitschrift für Ethnologie*, 123: 21-52.
- LEVIN, Axel, 2022, “Organización desigual del cuidado en salud mental infanto-juvenil: estudio sobre las responsabilidades sociales y la certificación de discapacidad en un hospital argentino”, *Maguaré*, 36 (1): 17-37. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v36n1.100868>
- LIMA, Antonio Souza (org.), 2002, *Gestar e Gerir: Estudos para Uma Antropologia da Administração Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- MARGULIES, Susana, Lucía EILBAUM, Mariano NINO, y Carlos NICCOLINI, 2003, “Acceso al sistema público de salud: Un estudio antropológico en tres hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires”, in Sofía Tiscornia (coord.), *Cuadernos del Instituto de Estudios e*

- Investigaciones*, n.º 5. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (coedición).
- MENÉNDEZ, Eduardo, y Renée di PARDO, 1996, “Representaciones, prácticas e interrogantes”, in Eduardo Menéndez y Renée di Pardo (orgs.), *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes*. México, DF: CIESAS, 47-68.
- ROSE, Nikolas, 2012, *Políticas de la Vida: Biomedicina, Poder y Subjetividad en el Siglo XXI*. La Plata: UNIPE Editorial Universitaria.
- SIRIMARCO, Mariana, y Ana Sipavak L'HOSTE, 2018, “Introducción: la emoción como herramienta analítica en la investigación antropológica”, *Etnografías Contemporáneas*, 4 (7): 7-15.
- TURNER, Victor, 1980 [1967], *La Selva de los Símbolos: Aspectos del Ritual Ndembu*. Madrid: Siglo XXI.
- VIANNA, Adriana, 2014, “A produção de destinos: ação tutelar, escolhas e viabilidades na gestão da infância”, in Antonio Souza Lima (org.), *Tutela: Formação de Estado e Tradições de Gestão no Brasil*. Rio de Janeiro: Laced/E-papers, 367-397.
- WERNECK, Claudia, 2005, *Manual sobre Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación*. Rio de Janeiro: WVA Editora.
- ZENOBI, Diego, 2020, “Antropología política de las emociones: las movilizaciones de víctimas en América Latina”, *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 25 (1): 123-144. DOI: <https://doi.org/10.1111/jlca.12446>.

Receção da versão original / Original version	2022/11/22
Receção da versão revista / Revised version	2023/10/27
Aceitação / Accepted	2023/12/04
Pré-publicação <i>online</i> / Pre-published online	2025/02/10