

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

2024–2025

Lecturas sobre políticas de
cuidados a partir de la atención
en hospitales públicos de la
provincia de Santa Fe



Defensoría de niñas,
niños y adolescentes.
PROVINCIA DE SANTA FE

ÍNDICE

<u>Prólogo</u>	4
<u>Presentación</u>	5
<u>Metodología</u>	7
<u>PRIMERA PARTE: Inscripciones de la salud mental para infancias y adolescencias en leyes y políticas públicas</u>	9
1. Corpus normativo nacional y provincial en Salud Mental	10
2. Políticas de salud mental e infancias. Hitos en la construcción de la agenda pública	13
2.1 La implosión de la infancia en los 90	13
2.2 Creación de la Dirección de Salud Mental	15
2.3 La experiencia del Paramí	15
2.4 Órgano de Revisión y Promoción de los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud Mental de Santa Fe	16
2.5 Plan provincial de Salud Mental 2022-2028	17
2.6 Salud mental en la estructura gubernamental actual. Lineamientos para infancias y adolescencias	18
3. Gestión de la salud mental en los hospitales	20
<u>SEGUNDA PARTE: Problemáticas emergentes en la salud mental de niñas, niños y adolescentes</u>	21
1. Estudios de escala nacional	22
2. Construcción de información sobre salud mental: principales dificultades	23
3. Niñas, niños y adolescentes internados por motivos de salud mental en la provincia de Santa Fe	26
3.1 Información estadística provincial y municipal de Rosario	26
3.2 Información estadística del Órgano de Revisión de Salud Mental	34
3.3 Experiencia de construcción de información: caso Hospital Víctor J. Vilela	36

<u>TERCERA PARTE: La salud mental en el ámbito hospitalario. Organización, recursos y procesos de atención</u>	43
1. Universo de hospitales relevados	44
2. Distribución territorial de recursos especializados en infancias y adolescencias dentro de la red hospitalaria pública	45
3. Procesos de atención de salud mental en los efectores	46
3.1 Estado de formalización de los servicios	46
3.2 Configuraciones interdisciplinarias de los equipos	47
3.3 Dispositivos grupales en el contexto hospitalario	50
3.4 Las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM)	50
3.5 Guardias de salud mental	51
4. Adecuaciones en la infraestructura hospitalaria para las internaciones por motivos de salud mental	52
5. Acerca de la receptividad de los padecimientos subjetivos de infancias y adolescencias en los hospitales	54
<u>CUARTA PARTE: Desafíos de la integralidad en los abordajes de salud mental con infancias y adolescencias</u>	56
1. Estado de las articulaciones en salud mental al interior del sistema de salud: el primer nivel de atención y sus efectos en la atención hospitalaria	57
2. Estado de las articulaciones interministeriales para las infancias y adolescencias más vulneradas	59
2.1 La integralidad de las intervenciones como meta en el sistema de protección	59
a Puntos críticos sobre las articulaciones con organismos de niñez y adolescencia. Perspectivas desde los equipos hospitalarios	61
b Los abordajes de salud mental en las instituciones de acogimiento	62
c El alojamiento en situaciones complejas. Estrategias y responsabilidades interministeriales	64
2.2. Impactos de los consumos problemáticos	66
a Emergentes de los consumos problemáticos en los hospitales	66
b Comunidades terapéuticas y sistema de protección: antecedentes críticos	66
c Vacancias en las políticas de consumo problemáticos destinados a infancias y adolescencias	67
<u>Consideraciones finales</u>	70
<u>Fuentes consultadas</u>	74

Prólogo

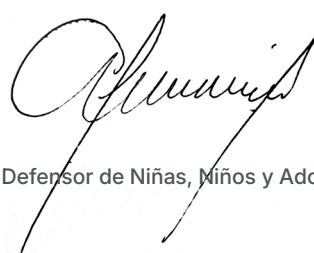
Garantizar el derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes constituye hoy uno de los desafíos ineludibles para el Estado en sus diferentes niveles. Las profundas transformaciones sociales de los últimos años, fundamentalmente aquellas derivadas de la pandemia, la profundización de las desigualdades y las violencias, junto con el debilitamiento de los entramados comunitarios e institucionales, han impactado de manera directa en las condiciones de cuidado de las infancias y adolescencias, exigiendo respuestas públicas cada vez más integrales.

El presente informe de la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes representa un aporte sustantivo para comprender esa realidad y para fortalecer la construcción de políticas públicas basadas en evidencia, territorialidad y enfoque de derechos. Su valor radica no sólo en la rigurosidad del análisis realizado, sino también en la decisión de colocar en el centro de la discusión pública el derecho a la salud mental, en tanto derecho humano básico. Fundamentalmente para aquellas niñas, niños y adolescentes cuyas trayectorias vitales se encuentran atravesadas por múltiples vulneraciones y requieren respuestas estatales coordinadas y oportunas.

El trabajo pone especial atención en las internaciones por motivos de salud mental en hospitales públicos de la provincia, entendiendo que allí se expresan tensiones, límites y desafíos centrales para comprender el funcionamiento del sistema. No obstante, lejos de reducir el problema a una dimensión estrictamente sanitaria, el informe permite advertir cómo los padecimientos subjetivos se encuentran estrechamente vinculados a las condiciones sociales, económicas, familiares y comunitarias que requieren abordajes integrales e intersectoriales.

Asimismo, a través de esta publicación se recuperan y se reafirman los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el paradigma de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes, destacando la necesidad de continuar fortaleciendo dispositivos territoriales, estrategias preventivas y capacidades institucionales en todos los niveles del Estado.

Por medio de esta publicación, la Defensoría de niñas, niños y adolescentes busca aportar a la planificación, el diseño y la evaluación de políticas públicas más equitativas y eficaces. Sobre todo, representa una invitación a sostener una mirada ética y política sobre las infancias y adolescencias: una mirada que reconozca sus derechos, escuche sus necesidades y asuma la responsabilidad colectiva de construir condiciones de cuidado dignas e integrales en todo el territorio santafesino.



Juan Cruz Giménez

Defensor de Niñas, Niños y Adolescentes, Provincia de Santa Fe

Presentación

El informe que aquí se presenta, elaborado por el área de Investigación en Políticas Públicas de la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes, constituye un avance y a la vez la consolidación de una nueva línea de trabajo desarrollada en el marco del monitoreo de políticas públicas destinadas a la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en la provincia de Santa Fe que la institución lleva adelante desde el año 2013.

Desde el trabajo que realiza la Defensoría como organismo de control, protección y promoción de derechos, se ha registrado que el acceso a la salud mental de las infancias y adolescencias se presenta como una problemática cada vez más emergente y atravesada por crecientes niveles de complejidad en los contextos comunitarios, institucionales y familiares. En esta oportunidad se definió como objetivo investigar el acceso a la atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes que requieren internación en hospitales públicos, generales y pediátricos, de gestión provincial y municipal (en el caso de la ciudad de Rosario).

El sistema de salud de la provincia de Santa Fe se organiza a través de seis regiones: Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Rosario, Venado Tuerto y Ceres (esta última creada en el año 2024)¹. La red se desarrolla a través de Centros de Salud, SAMCOs y Hospitales, organizados en distintos niveles de complejidad para apelar a un trabajo de articulación georreferenciada, lo cual también se replica en la ciudad de Rosario, que cuenta con

un sistema de salud propio. El primer nivel de intervención se compone de los centros de salud, que constituyen los espacios de mayor proximidad con la ciudadanía. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada. El segundo nivel de intervención incorpora Hospitales y SAMCOs para garantizar atenciones de baja y mediana complejidad. El tercer nivel de salud integra los hospitales de alta complejidad.

Este informe pone especial énfasis en el segundo y tercer nivel de intervención, con el objetivo de conocer los padecimientos en infancias y adolescencias que revisten mayor complejidad —en tanto requieren internación— y comprender los motivos por los que llegan a estas instancias. Estos procesos pueden leerse como una caja de resonancia sobre los recursos y propuestas con que cuenta el Estado —previa y posteriormente a la internación, dentro y fuera de los efectores— para garantizar políticas de cuidados integrales y de salud mental para las niñas, niños y adolescentes con mayores niveles de vulneración.

A partir de los lineamientos de la Ley de Salud Mental N° 26.657, se espera que los abordajes de salud mental tanto en materia de prevención como de intervención sean contenidas en el ámbito comunitario e institucional ambulatorio, quedando las instancias de internación como la última opción y por el menor tiempo posible, en efectores generales.

¹ La última región mencionada (Ceres) no fue integrada al relevamiento por estar constituyéndose en el momento que se llevaba adelante el trabajo de campo.

La Defensoría Nacional de los derechos de niñas, niños y adolescentes ha problematizado acerca de la recurrencia que se observa en algunas provincias argentinas de internaciones de infancias y adolescencias en dispositivos monovalentes de salud mental (Resolución N° 10 de abril de 2024). En el caso de la provincia de Santa Fe se identifica que estas internaciones se realizan mayormente en efectores generales de 2° y 3° nivel, en consonancia con lo establecido por la Ley de Salud Mental, de allí la priorización de este universo de análisis². Aún así, persisten y emergen de manera cotidiana dificultades y desafíos que llevan a la pregunta acerca de en qué condiciones se desenvuelven y qué nudos problemáticos muestran respecto de las políticas de salud mental y de protección de derechos. En la primera parte, el informe propone un recorrido por el corpus normativo que da sustento en la actualidad en la provincia de Santa Fe a las políticas públicas encargadas de garantizar el acceso a la atención en salud mental de las infancias y adolescencias, como parte de la garantía de derechos en clave de protección integral. Asimismo, se describe la organización y estructura esta-

tal provincial que viabiliza dichas políticas públicas, tomando en cuenta antecedentes, transformaciones y experiencias institucionales significativas.

En la segunda parte se analiza la información epidemiológica disponible en la provincia y en la ciudad de Rosario para identificar las problemáticas de salud mental en infancias y adolescencias que se recepcionan en efectores públicos de salud del 2° y 3° nivel de atención. En la tercera parte se describen y analizan los recursos, disponibilidades y procesos de trabajo intrahospitalarios en materia de salud mental —y en particular respecto de niñas, niños y adolescentes— atendiendo a los estados de adecuación a la Ley de Salud Mental N° 26.657 y el paradigma de derechos humanos sobre el que se establece. Por último, en la cuarta parte, el objetivo se sitúa en problematizar el estado de articulación y niveles de integralidad interministerial e intersectorial en los abordajes de salud mental hacia las infancias y adolescencias más vulneradas, donde se espera un avance de prácticas políticas de corresponsabilidad que permitan fortalecer al sistema de protección en su conjunto.

Al momento de edición de este informe, el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Nación un proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental, con modificaciones que ponen en entredicho aspectos fundamentales de la Ley vigente N° 26.657 tales como la garantía de los derechos de los usuarios, la perspectiva social de los padecimientos subjetivos, la interdisciplinariedad de los equipos intervinientes y la desmanicomialización como objetivo de las prácticas terapéuticas. El informe aquí presentado analiza, problematiza y revaloriza cada uno de esos aspectos con el objetivo de que los gobiernos mejoren las inversiones presupuestarias y que la Ley 26.657 obtenga mejores alcances en su implementación. Desde la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes se sostiene que las dificultades observadas no constituyen un fundamento para promover modificaciones regresivas de la ley, sino por el contrario, se trata de generar las condiciones para su pleno cumplimiento.

² A partir de lo relevado por esta Defensoría, son puntuales —y emblemáticas por el carácter de gravedad institucional que adquieren estas situaciones— las internaciones de adolescentes en clínicas de salud mental privadas, alguno/as de ello/as derivados desde el sistema de protección.

1. METODOLOGÍA

Los informes que realiza la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes a través del área de Investigación en Políticas Públicas se realizan aplicando metodologías cualitativas y cuantitativas.

El relevamiento se llevó adelante entre los meses de junio de 2024 y septiembre de 2025, en el marco de un proceso de trabajo de campo que incluyó entrevistas, reuniones institucionales y solicitudes de información a organismos provinciales y municipales.

Para el trabajo con **datos cuantitativos** se realizaron, por un lado, reuniones con la Subsecretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia, con la cual se intercambió acerca del tipo de construcción de información posible, de acuerdo con el

planteo investigativo de la Defensoría. Por otro lado, se entabló contacto con integrantes de la Mesa de integración de información para la gestión, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, quienes proveyeron datos elaborados relativos a la temática. Esto responde a que Rosario es el único municipio de la provincia de Santa Fe que cuenta con una red de hospitales propia³, donde se puso el foco a los efectos de este informe.

En relación a la construcción de **datos cualitativos**, se realizó relevamiento y análisis normativo de la legislación vigente en la materia, análisis documental de políticas y programas y sistematización de bibliografía referida a la temática de salud mental e infancias.

³ Dicha red de salud está integrada por centros de salud y hospitales, el Instituto de Rehabilitación (ILAR), el Centro de Especialidades Médicas Ambulatoria (Cemar), el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), la Estación (abordaje integral de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas), el Laboratorio de Producción Pública de Medicamentos (LEM), el Instituto de Salud Lazarte, el Instituto del Alimento y Salud Animal.

Temporalidad del relevamiento		junio 2024-septiembre 2025	
Técnicas de relevamiento			
 Análisis Estadístico	 Análisis documental, normativo y bibliográfico	 Entrevistas	 Hospitales relevados ⁴
- Subsecretaría de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. - Mesa de integración de información para la gestión de salud de la Municipalidad de	- Legislación y normativa relativa a salud mental y derechos de infancias y adolescencias. - Documentos técnicos sobre políticas y programas. - Bibliografía e informes relativos a salud mental y derechos de infancias y adolescencias.	- Autoridades y funcionaria/os de las áreas de salud mental de la provincia y de la municipalidad de Rosario. - Coordinadoras por regiones de la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM). - Equipos de las áreas de Infancias y Juventudes de la DPSM. - Equipos y servicios de salud mental de hospitales generales y pediátricos; en algunos casos participaron de estas instancias los equipos directivos. - Directivos de una clínica de salud mental privada. - Funcionarias de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia. - Directora de la Fundación SEDHA.	Dr. Alejandro Gutiérrez, Dr. Jaime Ferré, Olga Stucky de Rizzi, Víctor J. Vilela, Zona Norte, Dr. Roberto M. Carra, Orlando Allasia, Provincial, Intendente Gabriel Carrasco, Mira y López Eva Perón

⁴ En la tercera parte del informe se describen las características del universo de hospitales relevados en cuanto a localización, tipo de hospital, nivel de atención y dependencia gubernamental.



01.

PRIMERA PARTE

**Inscripciones de la salud
mental para infancias y
adolescencias en leyes y
políticas públicas**

1. Corpus normativo nacional y provincial en Salud Mental

La Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental fue sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013. La misma supuso un gran avance respecto de la normativa precedente en la materia, ya que la Ley de Salud Mental N°22914/1983 —de finales de la última dictadura cívico-militar— situaba a la figura del juez en un lugar preponderante a la hora de determinar la internación de un sujeto con padecimiento mental o con problemáticas de consumos. Asimismo, la declaración de incapacidad o inhabilitación de un sujeto padeciente se centraba en sus carencias y no en sus capacidades, sin contemplar la posibilidad de una limitación temporal de la declaración de incapacidad o su transitoriedad. Si bien la Ley 26.657 cuenta con un peso propio, tiene como antecedentes leyes provinciales de salud mental que sentaron bases progresivas en términos de derechos⁵ —tal como es el caso de Santa Fe— al tiempo que se inscribe en un corpus normativo que a partir de 2003 y durante más de una década registró un notable avance en la materia, el que incluye, por ejemplo —y relacionadas con aquella— a la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud de 2009 (reglamentada y modificada por la Ley N° 26.742 en 2012) y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, incorporada a la Constitución Nacional a través de la Ley N° 27.044 en 2014. Así también, situadas en relación, estas normas contribu-

yeron a sentar las bases del Plan Nacional de Salud Mental 2013 - 2018 que el Ministerio de Salud de la Nación, mediante la Resolución N° 2177/13, aprobó oportunamente.⁶ Esta ley introduce —a partir de lo establecido en su artículo 3— un cambio de paradigma que resulta instituyente de nuevas prácticas sanitarias y profesionales, sustentadas en un enfoque de derechos, comunitario e intersectorial. Dicho cambio se expresa de manera clara en este artículo, a partir del cual se desplegarán todos los aspectos jurídicos e institucionales orientados a garantizar el cumplimiento de la normativa, incluyendo las modificaciones en el Código Civil con el fin de adecuar disposiciones al nuevo orden de la Ley nacional.

El mismo expresa que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. A partir de esta premisa, la norma establece que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores mo-

⁵ Ley N° 2440 de la provincia de Río Negro en 1991; Ley N° 10.772 de la provincia de Santa Fe, también en 1991, y la Ley N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el 2000.

⁶ Concluido dicho período y pandemia mediante, el gobierno nacional aprobó en 2023 un nuevo Plan Nacional de Salud Mental para el período 2023-2027. Con el cambio de color político de la gestión de gobierno nacional a finales de ese año, no pudo asegurarse la continuidad de programas y políticas formuladas por el mismo.

rales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. c) Elección o identidad sexual. d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización” (Boletín Oficial N° 32649 del 29 de mayo de 2013, pp. 12-13). La norma introdujo limitaciones a las facultades del poder judicial y acotó la vigencia de medidas que condicionan el ejercicio de los derechos de las personas declaradas inhábiles o incapaces. En este sentido, el reconocimiento del derecho a recibir tratamientos basados en la alternativa terapéutica menos restrictiva (art. 7) opera como un principio ordenador de las prácticas, al establecer que las intervenciones deben orientarse a favorecer la integración familiar, laboral y comunitaria. La normativa establece límites explícitos a la duración y finalidad de las internaciones (art. 15) al señalar que deben ser lo más breves posible y que en ningún caso pueden utilizarse para dar respuesta a problemáticas sociales, habitacionales o de cuidado. En relación a infancias y adolescencias, el artículo 26 define que en el caso de internaciones de personas menores de edad se debe proceder de acuerdo a lo definido como internaciones involuntarias (artículos 20 a 25) —en tanto recurso terapéutico excepcional— con el debido control de legalidad judicial e intervención del Órgano de Revisión de Salud Mental. El mismo artículo dispone que se debe proceder de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos de infancias y adolescencias.

Los artículos 11 y 36 refuerzan el carácter comunitario e intersectorial de la política de salud mental, al promover la articulación entre salud, educación, desarrollo social, trabajo y otros sectores, así como la creación de dispositivos territoriales orientados a la prevención, la inclusión social y el acom-

pañamiento después del alta institucional. Esto supone el reconocimiento de que los procesos de padecimiento subjetivo —entre ellos los de niñas, niños y adolescentes— no pueden abordarse de manera aislada desde el sistema sanitario, sino que requieren estrategias coordinadas que involucren a las instituciones educativas, los dispositivos de protección de derechos y las redes comunitarias. Desde el campo judicial, se ha afirmado que “de un modo similar al cambio paradigmático introducido por la Convención Internacional de los Derechos del Niño y particularmente por la ley 26.061 en materia de niñez, la norma parte de la persona como sujeto de derecho —y no como objeto de protección— concibiendo como a cualquier otra persona que padece una enfermedad más reconociendo las particularidades propias de este tipo de dolencias, como así también nuestra propia historia en la materia” (Molina, 2012, p. 61).

La reforma de la Carta Magna argentina en 1994 le otorgó jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos del Niño y a otros instrumentos internacionales de defensa de los derechos humanos, sociales, políticos y culturales. Derogado el Patronato en 2005 por la Ley 26.061 de Protección Integral, las provincias argentinas, con autonomía para sancionar su propia normativa adheriendo a la nacional, iniciaron los respectivos procesos de adecuación de sus códigos o leyes de niñez, como es el caso de Santa Fe, que en 2009 sancionó la Ley 12.967 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Como se mencionó, en materia de salud mental la provincia de Santa Fe fue una de las pioneras a nivel nacional a través de la Ley N° 10.772, sancionada en 1991, al abordar la problemática estableciendo pautas para su atención y orientándose a erradicar las lógicas manicomiales que definían las

prácticas hasta ese momento. Este proceso legislativo fue resultado en gran medida a partir de la organización de trabajadores de la salud mental que lo promovieron en décadas anteriores (Faraone y Barcalá, 2020). Entre los aspectos claves de esta ley se destacan, en primer lugar, el derecho de las personas con padecimientos de salud mental a solicitar y recibir tratamiento en condiciones específicas: privilegiando las menos restrictivas de la libertad y que no alejen a la persona afectada en su salud mental de su núcleo familiar y social; así también el derecho de las mismas a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo (art. 1). Asimismo se contempla el derecho de la persona a ser escuchada, tenida en cuenta en sus opiniones, informada debidamente sobre el tratamiento propuesto —características, desarrollo, posibilidades de recuperación— y a que se resguarde su intimidad en este proceso (art. 2). Establece además la posibilidad de internación en establecimientos de salud mental públicos y privados, siempre como último recurso terapéutico, buscando la recuperación y el egreso en el plazo más breve posible y la promoción de la comunicación con familiares y el entorno (art. 3). Resulta especialmente relevante que esta ley haya fijado un plazo máximo de tres años desde su promulgación para la transformación de los establecimientos de salud mental.⁷ El artículo 18 establece que el Estado debe arbitrar los medios necesarios para promover medidas asistenciales alternativas, entre ellas servicios de salud mental en hospitales generales, atención domiciliaria, dispositivos comunitarios, servicios de emergencia en salud mental, hospitales de día, casas de medio camino, talleres prote-

gidos y el reconocimiento de los recursos propios de la comunidad.

Como ejemplo de las dinámicas políticas —de avances y dilaciones— que condicionan también los procesos legislativos, es importante mencionar que la Ley 10.772 de Salud Mental de Santa Fe fue reglamentada en 2007 (Decreto 2155/2007) —dieciséis años después de su sanción— cuando ya formaba parte del cuerpo normativo nacional la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

En el texto de la reglamentación, el artículo 18 detalla los tipos de dispositivos y servicios alternativos que deberán crearse para la transformación progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos como eje fundamental para avanzar en la sustitución de lógicas manicomiales. Puntualmente el inciso f) detalla de manera específica los dispositivos de Atención Interdisciplinaria para niñas, niños y adolescentes que debían crearse, tales como: dispositivos lúdicos y de estimulación temprana en el primer nivel de atención, equipos interdisciplinarios en hospitales pediátricos, dispositivo de hospital de día, red de cuidadores, dispositivos clínicos de alojamiento ante crisis subjetivas graves, abordajes domiciliarios y equipos para adolescentes en contexto de encierro. Como se ve, la provincia de Santa Fe también fue pionera en la decisión política de otorgar protagonismo a la salud mental de niñas, niños y adolescentes en la reglamentación de la ley, al describir prácticas y dispositivos específicos para la intervención con esa franja poblacional. Cabe mencionar que —lamentablemente— este precedente no fue retomado en la ley nacional sancionada en 2010.

⁷ Al respecto cabe señalar que en la Provincia continúan en funcionamiento dos instituciones monovalentes públicas de salud mental —la Colonia psiquiátrica de Oliveros y el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila en la ciudad de Rosario— los cuales han avanzado en experiencias de desmanicomialización dentro de las propias instituciones y en la externación de pacientes de larga data; así como también clínicas privadas de salud mental.

SALUD MENTAL Y EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

- Se define como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos. Es una construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.
- Se parte de la presunción de la capacidad de las personas.
- Los tratamientos deben basarse en la alternativa terapéutica menos restrictiva. Debe ser el principio ordenador de las prácticas. Las intervenciones deben favorecer la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Las internaciones deben ser lo más breves posible y en ningún caso pueden utilizarse para dar respuesta a problemáticas sociales, habitacionales o de cuidado.
- No se trata de abordajes sectoriales ni fragmentados. Deben ser de carácter comunitario e intersectorial. Se debe promover la articulación entre salud, educación, desarrollo social, trabajo y otros sectores.
- Requiere la creación de dispositivos territoriales orientados a la prevención, la inclusión social y el acompañamiento después del alta institucional.

2. Políticas de salud mental e infancias. Hitos en la construcción de la agenda pública

Las políticas públicas en salud mental dirigidas a niñas, niños y adolescentes en la provincia de Santa Fe no pueden comprenderse sin situarlas en el marco de las transformaciones socioeconómicas, normativas e institucionales de las últimas décadas. Desde las respuestas asistencialistas predominantes en los años noventa hasta los ejercicios actuales orientados al armado y fortalecimiento de redes comunitarias e in-

tersectoriales para la atención y la inclusión social, el campo de la salud mental infantil y juvenil ha estado —y continúa— atravesado por tensiones persistentes entre lógicas tutelares y el enfoque de derechos.

El presente apartado reconstruye ese recorrido, destacando algunos hitos principales con el objetivo de identificar continuidades, rupturas y desafíos estructurales aún pendientes en las políticas públicas sobre la materia.

2.1 La implosión de la infancia en los 90

La década de 1990 estuvo marcada por la consolidación de un modelo neoliberal que causó efectos profundos y perdurables en comunidades, familias y subjetividades. Los procesos de precarización y desarticulación social que tuvieron lugar bajo el signo del desempleo, la pérdida de derechos sociales y la consecuente fragmentación so-

cial tuvieron un impacto categórico en las infancias, adolescencias y juventudes que se expresaron en “nuevas modalidades de sufrimiento” (Faraone, et. al., 2015, p. 78).

Para dar respuesta a esta situación de crisis social, en núcleos como Rosario se dio inicio a la construcción de una red de atención primaria de la salud en los distintos distritos,

la cual se sumó a los centros de salud de gestión provincial existentes. Hacia 1997 se produjo un viraje en la gestión administrativa de la política asistencial (Garma y Castro Rojas, 2013) —con fuerte énfasis en el aspecto alimentario— a partir de la unificación de determinadas acciones de promoción social local hasta el momento dispersas. En ese marco, se institucionalizaron abordajes hacia sectores de gran vulnerabilidad, con prioridad en la población de 0 a 5 años y sus núcleos familiares a través de la implementación del Programa Crecer que fue parte fundamental de la política de descentralización municipal, instalando centros de referencia en diferentes barrios con necesidades críticas de la ciudad de Rosario. Desde los mismos se comenzó a trabajar de manera interdisciplinaria en problemáticas que afectaban a las infancias en dichos contextos, tal como la situación de calle y violencias, en conjunto con la red de atención primaria de la salud.

También en la ciudad capital de Santa Fe en la década de los 90 la atención a la cuestión alimentaria marcó la organización de la agenda local. Se vio densificada la trama local por el rol de las asociaciones civiles en la mediación y distribución de los recursos que circulaban en el territorio, como parte de las políticas focalizadas neoliberales que diluyeron la presencia del Estado provincial a favor de articulaciones directas entre el gobierno nacional y los municipios. A modo de ejemplo, puede mencionarse la conversión, hacia 1995, de comedores asociativos presentes en el ámbito municipal en Centros de Cuidado Infantil, acción promovida desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Como afirman algunos autores

sobre este período, “la problemática de la infancia irrumpe así en la agenda de las políticas sociales con las marcas del período, es decir, de manera asistencializada” (Soldano y Beretta, 2021, p. 40).

La creación del programa Pequeños Hogares —desde mediados de los años 80— para alojar niñas y niños en viviendas particulares a cargo de matrimonios y/o operadores del Estado también se vio reforzada, inscribiéndose en la línea propuesta durante la década de los 90, marcada por políticas de corte neoliberal, por el entonces Consejo Nacional del Menor y la Familia dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. En la ciudad de Santa Fe puede mencionarse la experiencia del Pequeño Hogar Estrada (Aguirre, 2022) y el Pequeño Hogar Sarmiento (Soldano y Beretta, 2021; Aguirre, 2022) y en la ciudad de Rosario las casas de Ho.Pro.Me. (Hogares de Protección al Menor).

En síntesis, “el padecimiento de niñas y niños inmersos en una agudización de la fragmentación social, ausencia de adultos y trayectorias de institucionalización, deviene en dificultades severas en los procesos de subjetivación, dando lugar a constituciones subjetivas cada vez más fracturadas, fragmentadas y desafiliadas de referentes simbólicos de identidad” (Faraone, et.al., 2015, p. 78). Las trayectorias de vulnerabilidad resultantes de procesos socioeconómicos, políticos y culturales marcados por la exclusión social han tenido un impacto en las infancias, adolescencias y juventudes que, para el caso de este análisis, importa destacar con relación a las respuestas institucionales que se fueron diseñando en la provincia de Santa Fe.

2.2 Creación de la Dirección de Salud Mental

En el año 2004 se reinauguró la Dirección Provincial de Salud Mental en el ámbito del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la provincia de Santa Fe, recuperándose así una institucionalidad que había sido clausurada por el último gobierno cívico-militar, el cual además había dado un corte a procesos y lecturas críticas de las prácticas psicoanalíticas instituidas. Dichas lecturas y propuestas alternativas venían teniendo lugar durante los años sesenta y setenta del siglo veinte, promoviendo enfo-

ques centrados en la comunidad, la intervención del psicoanálisis en el campo social, el trabajo interdisciplinario y las prácticas clínicas grupales (Guirado y Gil, 2021). En el año 2004 se dieron las condiciones políticas para que las propuestas construidas en las décadas anteriores en la provincia de Santa Fe por diferentes colectivos del campo de la salud mental tomen forma en un programa gubernamental de des/institucionalización en el área de la Salud Mental⁸, ya planteado en la ley provincial 10.772.

2.3 La experiencia del Paramí

El Paramí constituyó una experiencia institucional innovadora puesta en marcha en el año 2007 a partir de la necesidad de transformar los dispositivos de asistencia relativos a las problemáticas de la salud mental en niñas, niños y adolescentes⁹. En el marco de una serie de iniciativas de la Dirección Provincial de Salud Mental impulsadas desde el 2004 (los Dispositivos Interdisciplinarios de Salud dentro de las cárceles; estrategias de fortalecimiento en los Centros de Salud; coordinaciones y equipos de infancia, la regulación de las funciones de las Juntas Especiales creadas en los años 90), el Paramí se creó para dar respuesta "a la violencia, el padecimiento psíquico y la vulneración de derechos en niñas y niños enmarcados en la exigencia de prácticas ligadas al carácter irreversible de la urgencia" (Faraone, et. al., 2015 p. 72).

Se establecieron dos sedes, una en la ciudad

de Rosario, ubicada en una casa céntrica de la ciudad y otra en Santa Fe, situada en el Hospital psiquiátrico Mira y López (que ya estaba en proceso de reconversión hacia la modalidad polivalente), lo cual otorgó características distintas a cada uno de estos dispositivos en relación a su inserción espacial. El proyecto del Paramí tenía como objetivo configurar abordajes y ejes de intervención centrados en estrategias de cuidado que permitieran avanzar en la sustitución de lógicas manicomiales reproducidas en hospitales, hogares e institutos de rehabilitación de menores. Se apostó al establecimiento de articulaciones intersectoriales, territoriales y comunitarias que pudieran dar soporte a los procesos de externación de niñas, niños y adolescentes con largas trayectorias de vulneración de derechos, entendiendo que "frente a situaciones de violencia en la infancia, la justicia, los equipos de salud,

⁸ En la instancia de reunión mantenida con la Subsecretaria de Salud Mental, Directora de Salud Mental y equipo del Área de Infancias y Juventudes de la ciudad de Santa Fe se destacó que el contexto de crisis económica, política, social e institucional de 2001 en Argentina y las inundaciones que afectaron a la ciudad de Santa Fe en 2003 influyeron en la definición política de volver a otorgarle una institucionalidad a los abordajes en salud mental en contextos de vulnerabilidad social y de derechos.

⁹ Sobre la experiencia del Paramí se conversó en diferentes instancias de reuniones y entrevistas con la Subsecretaria de Salud Mental, Directora de Salud Mental y equipo del Área de Infancias y Juventudes de la ciudad de Santa Fe y la coordinadora del Área de Infancia de la Dirección de Salud Mental en Rosario.

los integrantes del ámbito educativo y referentes del ámbito comunitario son quienes constituyen, además de los grupos de pertenencia, los agentes clave para dirimir situaciones en protección de las niñas y niños” (Faraone, et. al., 2015, p 71).

En Rosario, si bien inicialmente se planteó como un parador o espacio de tránsito para el abordaje de situaciones de crisis subjetivas graves en niñas y niños hasta doce años de edad que no pudieran realizarse de forma ambulatoria, con el tiempo se vio desplazada esa franja etaria hacia la atención entre los 12 y los 17 años de edad.

A partir de las referencias de profesionales y funcionarias que participaron de manera directa en ambos espacios en aquel momento, se valoró la apuesta y compromiso que implicó para la gestión y el personal la creación de este proyecto, analizando también los obstáculos detectados. En este sentido, se destacó como una de las principales dificultades no haber podido lograr el involucramiento —político y económico— de otras áreas de gobierno: educación, salud, desarrollo, justicia, fundamentales para garantizar el entramado de participación institucional, social y de acceso a derechos. De este modo, las y los niños parecían ser sólo responsabilidad de Salud Mental —y

de psiquiatras y de psicólogos— poniendo de manifiesto los altos niveles de rechazo, discriminación y exclusión que sufren las infancias y adolescencias con padecimientos subjetivos dentro del mismo Estado.

Asimismo, la propuesta institucional del Paramí también se vio comprometida frente a la persistencia de concepciones y prácticas tutelares y punitivas emanadas del sistema judicial, desde donde se demandaba que el espacio esté disponible para efectivizar medidas custodiales restrictivas de niñas, niños y adolescentes con trayectos de vulneración (Faraone, et. al, 2015)

Esta situación de contexto político y judicial no tardó en impactar en prácticas poco profesionalizantes de cuidados hacia el interior de los dispositivos, profundizando el carácter manicomial que se quería evitar y conduciendo a la decisión del cierre a menos de cumplirse 2 años de su inauguración.

A partir de allí se definió que los equipos del Paramí se incorporen a áreas de atención primaria de la salud y territoriales para trabajar con niñas, niños y adolescentes, lógica que se sostuvo hasta el año 2011, cuando se produjeron nuevos cambios institucionales en Salud Mental que definieron quitar prioridad a este tipo de intervenciones con infancias y adolescencias.

2.4 Órgano de Revisión y Promoción de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental de Santa Fe

El Órgano de Revisión y Promoción de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental de Santa Fe (ORSMSFE) fue creado en 2017 por la Ley Provincial N° 13.733. Funciona en el ámbito de la Defensoría del Pueblo, al igual que la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes, desde 2023. Su finalidad es promover y resguardar los derechos humanos de las

y los usuarios de los servicios de salud mental (art. 5) de acuerdo a los principios, directrices y disposiciones contenidas en los principales instrumentos internacionales, declaraciones, mecanismos, protocolos y directrices del ámbito de los derechos humanos que ha suscrito la Argentina, así como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental

Nº 10.772, respetando las normas y recomendaciones emitidas en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos (art. 5 Ley 13.733).

La Ley establece que el ORSMSFE tiene como función principal “supervisar periódicamente, de oficio o por denuncia de particulares, las condiciones de internación, prácticas y tratamientos realizados por razones de salud mental” (art.1); llevar a cabo periódicamente un control de la legalidad de la internación en los supuestos de internación voluntaria prolongada e internación involuntaria (art. 2); requerir información a las instituciones de internación sobre las con-

diciones en que se realizan los tratamientos (art. 3); realizar derivaciones a equipos interdisciplinarios para la evaluación de internaciones que superen los 90 días (art. 4); controlar las internaciones que se realicen fuera del ámbito provincial (art. 6 inc.5). Para el caso de internaciones de niñas, niños y adolescentes, la norma específica que debe “velar por el cumplimiento de la normativa local, nacional e internacional de protección integral de derechos de los niños, niñas y adolescentes, particularmente su derecho a ser informado/a, a ser oído/a y a que su opinión sea tenida en cuenta, a contar con un abogado/a, al consentimiento informado y a la convivencia familiar” (art. 6 inc.6).

2.5 Plan provincial de Salud Mental 2022–2028

La gestión de la Dirección de Salud Mental que se desempeñó en el período 2019-2023 elaboró y presentó el “Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028”¹⁰. En este plan se fijan ejes relativos al fortalecimiento de la red de salud mental en los distintos niveles de atención y el sistema de emergencias, la sustitución de monovalentes y prácticas manicomiales, así como la producción epidemiológica e investigación en salud mental. Se trata de un documento importante, en tanto da cuenta de un esfuerzo de construcción colaborativa entre las y los funcionarios, equipos técnicos y equipos de salud de la Provincia para sistematizar ejes de trabajo y fijar objetivos respecto de las políticas de salud mental en el corto y mediano plazo.

En dicho documento se sentaron posicionamientos acerca de la perspectiva transversal hacia infancias y juventudes que deben tomar las intervenciones en cada uno de los ejes mencionados, planteando la importancia de evitar prácticas estigmatizantes,

patologizantes y adultocéntricas. Se identifican los temas emergentes que generan preocupación y merecen atención, “por su prevalencia, multicausalidad y riesgos sociosanitarios (...): el embarazo no intencional en la adolescencia, los consumos problemáticos de sustancias, la mortalidad por causas externas en juventudes, las violencias en todas sus formas y los sufrimientos psíquicos; y otros que, por su directa incidencia en procesos de prevención y promoción de la salud, deben ser puestos en agenda: entre ellos, la de escasa integración sociocomunitaria y la carencia de propuestas enmarcadas en buenas prácticas de Salud Mental” (Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028; 2023, p. 27).

Entre los objetivos de trabajo relativos a infancias y juventudes, se propone:

- Promover cuidados integrales para infancias y juventudes a través de redes comunitarias e intersectoriales, con políticas de prevención y promoción de la salud mental;

¹⁰ Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907>

- Elaborar recomendaciones para el acompañamiento de las infancias y juventudes en situación de institucionalización por razones de salud mental;

- Crear el Área de Infancias y Juventudes para el abordaje específico de salud mental;

- Construir indicadores de salud mental para pensar las necesidades de las infancias y juventudes.

Respecto del eje relativo al abordaje integral de la salud mental en hospitales generales —aspecto central de este informe— algunos de los objetivos se centran en:

- Fortalecer los equipos interdisciplinarios de salud mental de los hospitales generales y SAMCOs y potenciar las articulaciones con los equipos de primer y segundo nivel de intervención;

- Promover la constitución de servicios de salud mental interdisciplinarios en los hospitales generales donde se encuentre pendiente su conformación;

- Impulsar el mejoramiento de los servicios de atención de urgencias por motivos de salud mental, en los hospitales y en el Servicio de Emergencias y Traslados;

- Capacitar a los equipos de salud en políticas de salud mental;

- Identificar las necesidades edilicias, de personal y equipamiento en los hospitales para generar las adecuaciones necesarias;

- Elaborar planes de adecuación de cada servicio de salud mental a la Ley Nacional de Salud Mental;

- Construir acuerdos clínicos sobre los criterios de internación por motivos de salud mental;

- Construir y sistematizar buenas prácticas en salud mental para procesos de atención de las infancias y juventudes (Plan Provincial de Salud Mental 2023-2028; 2023, pp. 38-46).

2.6 Salud mental en la estructura gubernamental actual. Lineamientos para infancias y adolescencias

Luego de 19 años de haber sido reinaugurada la Dirección de Salud Mental, la gestión gubernamental que inició en el año 2023¹¹ llevó adelante una jerarquización y robustecimiento del área con la creación de la Subsecretaría de Salud Mental —de la cual depende ahora la Dirección— ubicada en la órbita de la Secretaría de Gestión y Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud. Esta importante y necesaria definición política se acompañó con la creación de las coordinaciones nodales de salud mental en Venado Tuerto, Rosario, Santa Fe, Rafaela

y Reconquista, como una apuesta a contar con mayor presencia territorial y comunitaria en los procesos de atención de salud mental pública.

Estas coordinaciones desarrollan funciones diferenciadas según las características regionales, en términos poblacionales, culturales, económicos y de acceso al sistema de salud, como así también según los perfiles de coordinación y las posibilidades de alcance, ya que no cuentan con equipos de trabajo propio.

¹¹ Corresponde al período 2023-2027, a cargo del Gobernador Maximiliano Pullaro.

En función de ello se observaron diferencias en los énfasis y escalas de intervención en el trabajo con infancias y adolescencias. Según fue referido en las entrevistas realizadas, gran parte del trabajo de estas coordinaciones se centra en el objetivo de fortalecer las prácticas de salud mental en los efectores de salud de los distintos niveles de atención y en las articulaciones con otros organismos e instituciones del Estado para la intervención en situaciones particulares, entre ellos los organismos respectivos de infancias y adolescencias a nivel local y provincial¹². En el ámbito comunitario, la región de Rafaela se distingue por contar con una propuesta que incluye mesas intersectoriales y subregionales para abordar de manera comunitaria problemáticas que atañen a estos grupos etarios (consumos, violencias, suicidios, educación).¹³

Una definición política de relevancia para la temática en análisis —y tal como fuera planteado en el Plan de Salud Mental— fue la reactivación en 2022 del Área de Infancias y Juventudes, encontrándose en proceso de formalización administrativa en la presente gestión (2023-2027). El área está conformada por dos equipos, con sedes en las ciudades de Rosario y de Santa Fe.

En sus objetivos de trabajo, estos equipos apuestan a la corresponsabilidad intermi-

nisterial e intersectorial en los abordajes de salud mental para infancias y adolescencias, descentrando las prácticas clínicas terapéuticas tradicionales como eje de intervención. Al igual que en el caso de las coordinaciones de nodo, más allá de los lineamientos transversales dispuestos desde la Subsecretaría, cada uno de estos equipos elabora propuestas e implementa dinámicas de trabajo en función de los emergentes, demandas y condiciones de cada contexto donde se insertan.

Entre sus prácticas se mencionaron intervenciones con efectores de salud de diferentes niveles de atención, experiencias barriales, talleres con niñas, niños y adolescentes y el personal de centros residenciales dependientes de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.¹⁴

También en el marco del Plan Provincial, en marzo de 2025 la Dirección de Salud Mental presentó la Red de Juegotecas para infancias y adolescencias, dispositivos con equipamientos de juego dispuestos en distintas localidades del territorio provincial. Las mismas son llevadas adelante por personal de salud y de otras áreas gubernamentales y comunitarias de cada lugar, quienes participaron de capacitaciones y elaboraron proyectos de juegotecas situadas según el contexto.

¹² Entrevistas con coordinadoras de salud mental de las regiones de Venado Tuerto y Rosario, Santa Fe, Reconquista y Rafaela.

¹³ Entrevista con coordinadora de la región Rafaela.

¹⁴ Entrevistas con equipos de Rosario y Santa Fe del Área Infancias y Juventudes de la Dirección de Salud Mental. En las distintas regiones de la Provincia desde esta área se han generado experiencias de trabajo con equipos de salud y educación. (Véase Fraile, et. al., 2024)

3. Gestión de la salud mental en los hospitales

Considerando el recorte empírico de este relevamiento (que se desarrollará en la tercera parte), cabe identificar la dependencia administrativa de los equipos y servicios de salud mental que funcionan en los hospitales de 2° y 3° nivel de la Provincia y de la Municipalidad de Rosario.

Dentro de la Secretaría de Gestión y Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud se encuentra, al igual que la Subsecretaría de Salud Mental, la Subsecretaría del Tercer Nivel de Atención, encargada de la coordinación de los hospitales provinciales. Los servicios y equipos de salud mental de estos efectores dependen funcionalmente de dicha área. En consecuencia, las dinámicas de trabajo entre equipos/servicios de salud

mental de los hospitales y la Subsecretaría de Salud Mental se dan en el orden de la articulación, no en la definición desde Salud Mental de líneas programáticas que organicen y coordinen la red de atención de salud mental en el 2° y 3° nivel de intervención.

Una organización similar se observa en el ámbito de la Municipalidad de Rosario. La Dirección de Salud Mental depende de la Secretaría de Salud Pública y trabaja de manera transversal en los tres niveles de salud siguiendo los procesos de atención en salud mental. Los equipos de salud mental de cada uno de los efectores responden administrativamente e institucionalmente a su efector respectivo.¹⁵

En consonancia con el informe que aquí se presenta, los objetivos planteados en el Plan dan cuenta de un diagnóstico acertado de los desafíos y problemáticas que atraviesan a la atención de la salud mental en general y en particular a infancias y adolescencias. Asimismo, este relevamiento permite evidenciar a la política pública ya no sólo en su dimensión de diseño, sino también en las complejidades que conlleva su implementación. Ello supone considerar los procesos de mejoras pero también las resistencias, tensiones, disputas y negociaciones que se desarrollan, no sólo en las esferas de gestión sino en la práctica cotidiana de los territorios de trabajo y atención.

¹⁵ Entrevista con Directora de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario.



02.

SEGUNDA PARTE

**Problemáticas emergentes
en la salud mental de niñas,
niños y adolescentes**

1. Estudios de escala nacional

La producción reciente de información y estudios sobre la salud mental en niñas, niños y adolescentes permite dimensionar la complejidad de los malestares que atraviesan a esta población, así como las limitaciones estructurales del sistema para brindar respuestas integrales. En este marco, resulta pertinente recuperar aportes de investigaciones e informes nacionales que ofrecen elementos relevantes para contextualizar y analizar la situación en la provincia de Santa Fe.

En el libro *Salud mental y Derechos Humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*, compilado por Alejandra Barcalá y Laura Poverene (2019), se sitúan las problemáticas de salud mental en el marco de las profundas desigualdades que atraviesan a América Latina y se busca comprenderlas desde un enfoque multidimensional que excede las variables estrictamente socioeconómicas. Desde esta perspectiva, se plantea que las múltiples desigualdades configuran trayectorias vitales precarizadas que impactan en los procesos de subjetivación y en los padecimientos en salud mental. Estas condiciones se entraman con prácticas sociales de estigmatización, segregación y criminalización que afectan de manera diferencial a determinados grupos de infancias y adolescencias. (Vommaro, en Barcala y Poverene, 2019).

Un estudio reciente elaborado por Zingman y Poverene (2025) sobre adolescencias y salud mental en tres jurisdicciones del país (Área Metropolitana de Buenos Aires, Resistencia y Mendoza), da cuenta de algunos aspectos centrales de la problemática en cuestión, interesantes para analizar también

lo que sucede en la provincia de Santa Fe. Por una parte, analiza la insuficiencia en la producción, desagregación y sistematización de información sobre la salud mental de adolescentes en nuestro país, así como la carencia o escasez de datos epidemiológicos actualizados. El estudio indica que este déficit impacta de forma negativa en la planificación de políticas públicas basadas en evidencia, fundamental para una temática tan sensible como la expuesta. Por otro lado, se señala la importancia de conocer cabalmente la oferta de dispositivos para dar respuestas integrales y adecuadas a las adolescencias que padecen malestar subjetivo, considerando lo problemático que resulta la limitada y desigual distribución territorial de los recursos de atención en las jurisdicciones consideradas, aspecto que vale la pena pensar para el caso santafesino, donde la disponibilidad y accesibilidad a servicios especializados presenta marcadas heterogeneidades.

En cuanto a las problemáticas prevalentes, a partir del trabajo con grupos focales con adolescentes llevado a cabo en el marco del mencionado estudio, se identifican como principales motivos de malestar la "ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, suicidio, dificultades en el sueño y sentimientos de soledad" (Zingman y Poverene, 2025, p. 8). Sobre el último aspecto, enunciado como el "sentimiento de soledad" que experimentan las y los adolescentes, se señala que emerge como una cuestión transversal que podría además asociarse a los modos actuales de comunicación y socialización, fundamentalmen-

te en los entornos digitales, redes sociales, etc. (Op. cit., Anexo III, p. 7). Aparece como insuficiente la disponibilidad de sujetos adultos que puedan cuidar y apoyar emocionalmente a niñas, niños y adolescentes con afectaciones en salud mental como las que se mencionan, lo cual en contextos de desigualdad social, precariedad económica y violencias se recrudece frente a la fragilidad de lazos comunitarios e institucionales y las urgencias que atraviesan las propias vidas de los mayores.

Por su parte, el Informe 2025 del Observatorio del Desarrollo Humano y la Vulnerabilidad de la Universidad Austral (González y Bein) recupera datos oficiales que permiten dimensionar las problemáticas más contundentes. Según la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 7 jóvenes de entre 10 y 19 años presenta algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento las principales causas de enfermedad y discapacidad en la adolescencia. En el ámbito nacional, UNICEF (2024) informa que el 9% de adolescentes de 13 a 17 años reportó haberse sentido deprimido y el 13% angustiado durante 2024.

Asimismo, los datos oficiales del 2023 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud de la Nación) evidencian un dato alarmante: el suicidio se constituyó como la primera causa de muerte en mujeres de 10 a 19 años, por encima de los tumores y los accidentes, siendo el primer año en que se registra este fenómeno. En esa misma franja etaria, el suicidio representa la segunda causa de muerte en varones, después de los accidentes (en González y Bein, 2025).

Respecto de los consumos de sustancias, un informe de SEDRONAR (2025) indica que la edad promedio de inicio se da a los 13 años, con mayor prevalencia entre las mujeres que en varones (77,7% ellas y 71,5% ellos, entre los encuestados), siendo el alcohol el consumo más extendido. Este mismo informe indica que las y los adolescentes priorizan recurrir a sus pares cuando tienen un problema o necesitan ayuda, en segundo lugar a sus madres, luego aparecen otros referentes familiares (padres, hermanos) y en último lugar actores institucionales, por ejemplo preceptores y docentes de sus escuelas.

2. Construcción de información sobre salud mental: principales dificultades

Las dificultades en la construcción, desagregación, sistematización y unificación de información relativa a salud mental —y en particular referida a la niñez y adolescencia— constituye un problema de política pública de carácter estructural a nivel global, en la república Argentina (Zingman y Poverene, 2025; Barcalá, 2020) y también en el caso de la provincia de Santa Fe. Frente al reconocimiento de esta problemática, entre los actores entrevistados para el presente informe —pertenecientes a áreas de ges-

tión, construcción de información y equipos de salud mental de los hospitales— se encontró consenso en la importancia de avanzar en la mejora de registros de carácter epidemiológico en salud mental y relativos a la gestión de los servicios. Contar con dicha información contribuye a procesos de evaluación y seguimiento para una mejor formulación e implementación de las políticas, en consonancia con los estándares de derechos humanos.

Según fue referido por funcionarios de áreas de salud provinciales y de la Municipalidad de Rosario, se busca contar con un sistema de registro unificado que permita construir historias clínicas únicas de las y los pacientes, más allá del nivel y tipo de efector de salud de donde lleguen. Esto posibilitará mejorar niveles de atención y tener un conocimiento epidemiológico más acabado de la población atendida.

En relación a la producción de información sobre salud mental, en 2019 se puso en marcha un instructivo construido en conjunto entre el Ministerio de Salud de Santa Fe y la Secretaría de Salud Pública de Rosario —y en consenso con los equipos de salud— orientado a sistematizar las atenciones ambulatorias en salud mental y ser implementado en todos los efectores de la Provincia. El documento —que en años posteriores incorporó modificaciones a partir de la revisión en la práctica—¹⁶ apuesta a mejorar la producción de datos y la vigilancia epidemiológica, de modo de contribuir a una eficiente planificación en salud integral.¹⁷ Con el mismo propósito, en los años siguientes se comenzó a trabajar en la mejora del registro hospitalario, tanto de internación como de las atenciones por guardia. La información cuantitativa recopilada para el presente relevamiento, como así también las referencias proporcionadas por los equipos de salud en cuanto a sus propias experiencias de registro, dieron cuenta de un proceso complejo para lograr datos robustos, tanto en la calidad como en la cantidad de indicadores. Esto se refleja parti-

cularmente en lo que refiere a la atención en salud mental en la franja etaria de 0 a 17 años, cuyos datos se presentan en el siguiente apartado.

Una primera dificultad de producción y sistematización de información se vio expresada en la convivencia de diferentes sistemas informáticos en los distintos niveles de salud y jurisdicciones (Provincia y municipio de Rosario). A nivel provincial se cuenta con un sistema para la carga del primer nivel de atención, SICAP, y otro para hospitales, DIAGNOSE. Cabe mencionar que algunos efectores se encontraban en proceso de migración hacia SICAP, ya que el objetivo es unificar todo en ese sistema.

La municipalidad de Rosario, por su parte, cuenta con dos sistemas de información: Datatech a nivel de hospitales (guardia, internación y consultorios externos) y Sistema Integral de Salud de Rosario (SISR) para atenciones ambulatorias de centros de salud, policlínico San Martín y CEMAR. Al momento del relevamiento se encontraban en un proceso de migración de datos hospitalarios hacia el SISR, con la intención de avanzar hacia un sistema único de carga municipal. Simultáneamente, los datos de consultas ambulatorias de la red municipal se migran periódicamente a SICAP, sistema empleado por la Provincia.

Como puede observarse, la multiplicidad de sistemas informáticos constituye un primer aspecto problemático en términos de disponer de información unificada, dificultad que trasciende a las atenciones de salud mental.¹⁸

¹⁶ Tal como se indica en el Registro de Atenciones Ambulatorias en Salud Mental 2022 elaborado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

¹⁷ El trabajo consistió en unificar criterios a partir de los códigos propuestos en la clasificación CIE-10 —códigos alfanuméricos que refieren a términos de diagnósticos y de otros problemas de salud— reformulando algunos de ellos de acuerdo a las necesidades que surgieron de los procesos de atención locales. Asimismo, se han creado códigos para situaciones que el CIE-10 no consideraba y que resultaba importante poder registrarlas. Además se han hecho modificaciones en títulos y nombres dados a los padecimientos subjetivos de forma de acordar con los nuevos paradigmas de salud integral, comunitaria y en perspectiva de Derechos Humanos.

¹⁸ Actualmente, la vacunación constituye la única política de salud que cuenta con un registro unificado a través de SICAP en todos los niveles de atención y tanto en el ámbito público como privado.

Un segundo nudo problemático se encontró en relación a las posibilidades de carga de información de parte de los equipos de los hospitales que llevan adelante la atención en salud mental. Estos referenciaron que las categorías de registro de salud mental propuestos resultaban muy extensos o complejos de aplicar para dar cuenta de las situaciones atendidas en el contexto de la consulta. En algunos efectores se mencionó que la carga de información era efectuada por personal administrativo y no por los profesionales de la salud que llevaron adelante la atención —lo cual puede generar diferentes interpretaciones en el momento de construir el dato— y que, frente a las condiciones mencionadas, solían producirse dilaciones temporales en la carga. Las situaciones descritas permiten inferir la existencia de subregistros o imprecisiones en la información cargada, como también reconocer la importancia de llevar adelante revisiones y refuerzos en la construcción de consensos respecto de las categorías utilizadas, de forma que puedan resultar cada vez más apropiables por los equipos de salud.

Las distancias que en ocasiones se presentan entre lo que se debe cargar en los sistemas informáticos y lo que los equipos consideran que representa información valiosa de construir y sistematizar, ha generado que en varios efectores se lleven adelante procesos propios de construcción de indicadores, con el propósito de contar con herramientas cuantitativas que les permitan dar cuenta de manera directa de las características de la población atendida, sus procesos de trabajo y los aspectos susceptibles de mejorar.

Dichos procesos de construcción resultan diferentes según cada efector, en función de las capacidades y recursos disponibles

para dedicar tiempo a esa tarea¹⁹ y de la definición de los indicadores a construir, de acuerdo al objetivo que cada equipo se propone alcanzar en términos de información e incidencia. Dentro de documentos producidos que se encuentran de acceso público, se cuenta con el informe de la RISAM del Hospital Eva Perón (S/D), donde se presentan datos relativos a la atención en guardia que lleva adelante este equipo (el último publicado corresponde al período 2021-2022), cuyo mayor porcentaje de atención está orientado a personas mayores de edad. A su vez, a los fines de este relevamiento, ha resultado particularmente interesante la producción de datos elaborados desde el Equipo Interdisciplinario del Hospital Víctor J. Vilela, cuyo trabajo en la construcción de información se destaca por su sistematicidad y consistencia y que ha puesto a disposición de la Defensoría a los fines de este informe (ver siguiente apartado).

En otro orden de dificultades observadas, no se cuenta con acceso público a datos vinculados a internaciones en salud mental de infancias y adolescencias a escala provincial, ya que según se comunicó desde la Subsecretaría de Salud Mental los mismos serían construidos contextualmente y a demanda, tal como fueron provistos para llevar adelante este trabajo. Por su parte, los datos correspondientes a la municipalidad de Rosario surgen del informe “Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023”, al cual se tuvo acceso a través del área Mesa de integración de información para la gestión. De este modo, los datos provistos desde la Provincia y la municipalidad presentan distintos criterios metodológicos, como por ejemplo en la selección de diagnósticos empleados al egreso.

¹⁹ En general se trata del mismo personal de salud mental con conocimientos en estadística que dedica parte de su tarea o tiempo extralaboral a construir los datos.

Resultará enriquecedor a futuro acceder a información desagregada por franjas etarias, género y por áreas geográficas en los distintos niveles de gobierno y organismos que trabajan la temática. La ausencia de

datos publicados y diferencias en la construcción de criterios dificulta la posibilidad de arribar a un mejor entendimiento de los motivos y procesos de padecimientos subjetivos en las niñas, niños y adolescentes.

Obstáculos en la construcción de indicadores sobre el acceso a la Salud Mental

- Coexistencia de múltiples sistemas de información, lo cuál dificulta disponer de información unificada.
- Subregistros o imprecisiones en la carga de información.
- Categorías de registro de salud mental muy extensas o complejas de aplicar con poca apropiación de los equipos.
- Falta de acceso a información de salud mental de infancias y adolescencias publicada por fuentes oficiales.
- Diferencias de criterios entre áreas de construcción de información de provincia y municipio de Rosario (Ej. Desagregación de la información por franjas etarias, género y por áreas geográficas)
- Distancias entre lo que se debe cargar en los sistemas informáticos y lo que los equipos consideran que representa información valiosa de construir y sistematizar.
- Procesos de construcción diferentes según cada efector, en función de las capacidades y recursos disponibles para dedicar tiempo a esa tarea y de la definición de los indicadores a construir, de acuerdo al objetivo que cada equipo define.

3. Niñas, niños y adolescentes internados por motivos de salud mental en la provincia de Santa Fe

3.1 Información estadística provincial y municipal de Rosario

Los equipos de salud entrevistados identificaron que el mayor porcentaje de las atenciones por padecimiento subjetivo que requieren internación están asociadas a vulneraciones de derechos. Se señaló la recurrencia de situaciones de abuso sexual, maltrato y negligencias familiares. Asimismo,

que las y los adolescentes llegan en condiciones de evidente fractura de los lazos sociales: circuitos de calle, pérdida de referentes, vínculos familiares muy deteriorados, trayectorias marcadas por la precarización material y afectiva y requiriendo atenciones por consumos problemáticos, autolesiones

e intentos de suicidios. Se mencionaron también las institucionalizaciones prolongadas como factores de desestabilización subjetiva, debido al efecto iatrogénico. Por su parte, las áreas de construcción de información de la provincia de Santa Fe y de la municipalidad de Rosario presentaron datos que —si bien presentan criterios distintos en la construcción de indicadores— permiten un acercamiento a la cantidad y su clasificación según diagnósticos al egreso de internaciones de infancias y adolescencias con padecimientos de salud mental en los hospitales²⁰.

Desde la Subsecretaría de Salud Mental se proveyó información sobre las internaciones de niñas, niños y adolescentes por motivo de salud mental que han tenido lugar en los efectores de segundo y tercer nivel de la Provincia para los años 2021, 2022 y 2023. La tabla presentada a continuación permite dimensionar, dentro de la franja etaria de 0 a 17 años, la participación que tienen las internaciones por salud mental —identificadas a partir de un conjunto de diagnósticos seleccionados respecto del CIE-10— en el conjunto de diagnósticos por otras dolencias²¹.

Tabla 1. Egresos de residentes 0 a 17 años, todos los diagnósticos y diagnósticos seleccionados de salud mental. Efectores de salud pública provinciales. Provincia de Santa Fe. Años 2021-2023.

AÑO	EGRESOS 0-17 AÑOS. TODOS LOS DIAGNÓSTICOS	EGRESOS 0-17 AÑOS. DIAGNÓSTICOS SELECCIONADOS DE SALUD MENTAL	% DIAGNÓSTICOS SELECCIONADOS DE SALUD MENTAL
2021	29217	465	1,6 %
2022	40449	722	1,8 %
2023	39307	1007	2,6 %

Fuente: Subsecretaría de Salud Mental

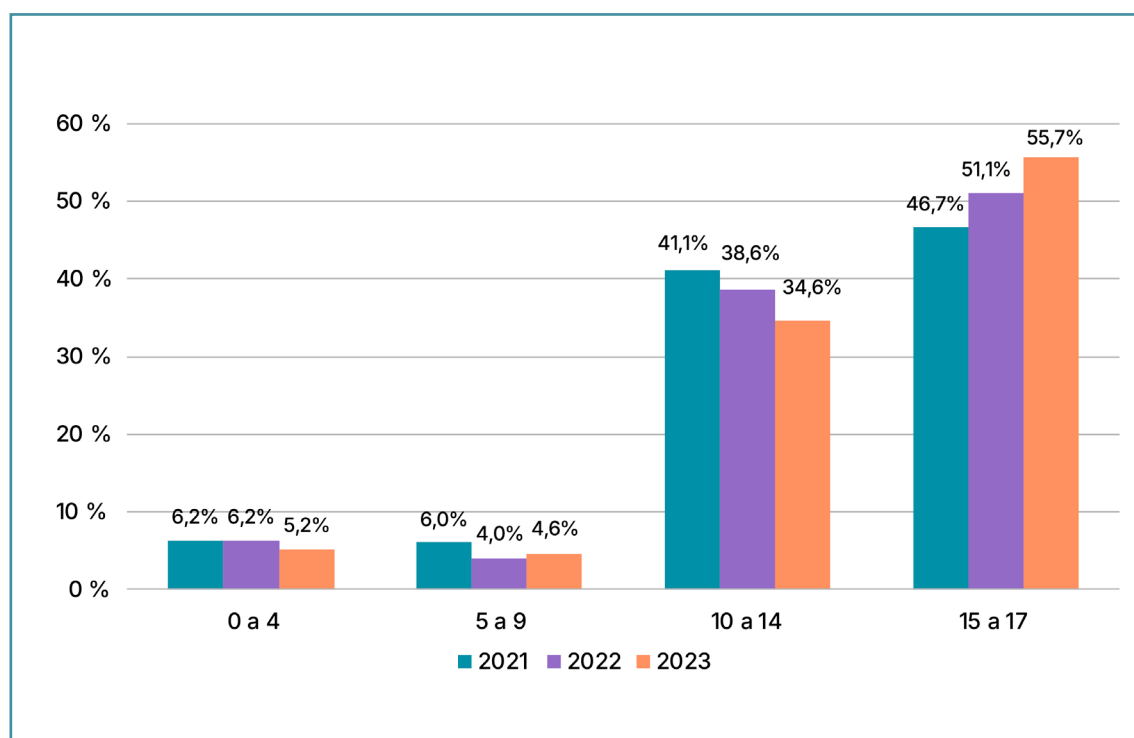
²⁰ Las internaciones que se presentan se definen a partir del egreso de los pacientes de los distintos efectores de salud. Un código de Salud Mental en el diagnóstico de egreso principal indica que se trata de una internación por un padecimiento de salud mental. A partir de la información provista por la Provincia y por la municipalidad de Rosario, se identifican diferencias en los fines de investigación y metodología empleada.

²¹ Se consideraron aquellos egresos de personas residentes en la provincia de Santa Fe en el rango de edad de 0 a 17 años. Los diagnósticos empleados para la construcción de la información corresponden a los establecidos en el sistema de clasificación CIE-10 (Diagnóstico principal de egreso y Diagnóstico de causa externa). Según consignaron desde el Área “no se pudo analizar información de egresos en: 4 efectores de segundo nivel y 1 efector de tercer nivel en el año 2021, 6 efectores de segundo nivel y 1 efector de tercer nivel en el año 2022 y 6 efectores de segundo nivel y 1 efector de tercer nivel en 2023” (Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe; 2025). Cabe señalar también que más de una internación puede haber sido realizada por un mismo paciente.

Como se visualiza, del total de egresos de residentes de 0 a 17 años, aquellos relativos a los diagnósticos seleccionados por motivo de salud mental representaron entre el 1,6% al 2,6% en los años analizados. Si bien este incremento en la participación puede deberse a un crecimiento en la problemá-

tica, también puede evidenciar mejoras en los registros de información sobre la misma. A través de la estadística provincial, los egresos de niñas, niños y adolescentes con diagnósticos seleccionados de salud mental se presentan agrupados en los siguientes rangos etarios: 0 a 4; 5 a 9; 10 a 14 y 15 a 17 años.

Gráfico N° 1. Egresos de niñas, niños y adolescentes con diagnóstico seleccionados de salud mental desagregados por rango de edad. Años 2021-2023. Provincia de Santa Fe.

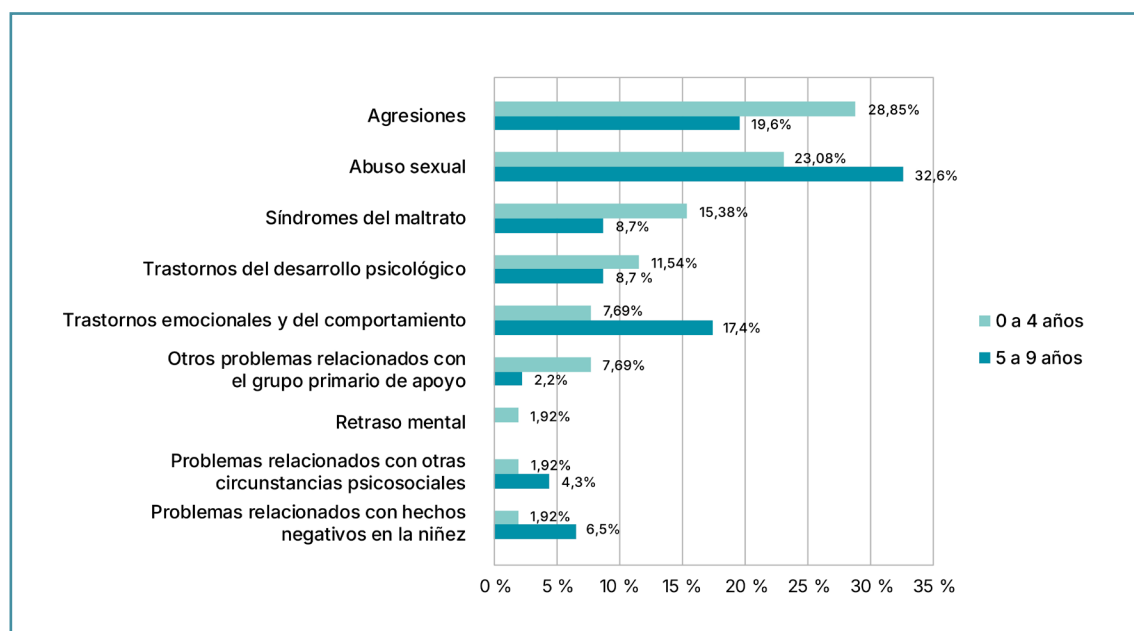


Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Subsecretaría de Salud Mental.

Como se observa en el gráfico, los egresos relativos a internaciones relacionadas con salud mental se van incrementando a medida que se avanza en edad, siendo la franja de 15 a 17 quienes mayores egresos presentan. A continuación se analizan los egresos por tipo de diagnóstico y según rangos de edad.

Para los rangos de edad 0 a 4 años y 5 a 9 años desde la Subsecretaría de Salud Mental se seleccionaron los mismos diagnósticos. Por su parte, para los rangos de 10 a 14 años y de 15 a 17 años se incorporaron otros diagnósticos coincidentes entre sí.

Gráfico N° 2. Egresos con diagnóstico seleccionados de 0 a 4 años y de 5 a 9 años. Efectores de salud pública provinciales. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Subsecretaría de Salud Mental.

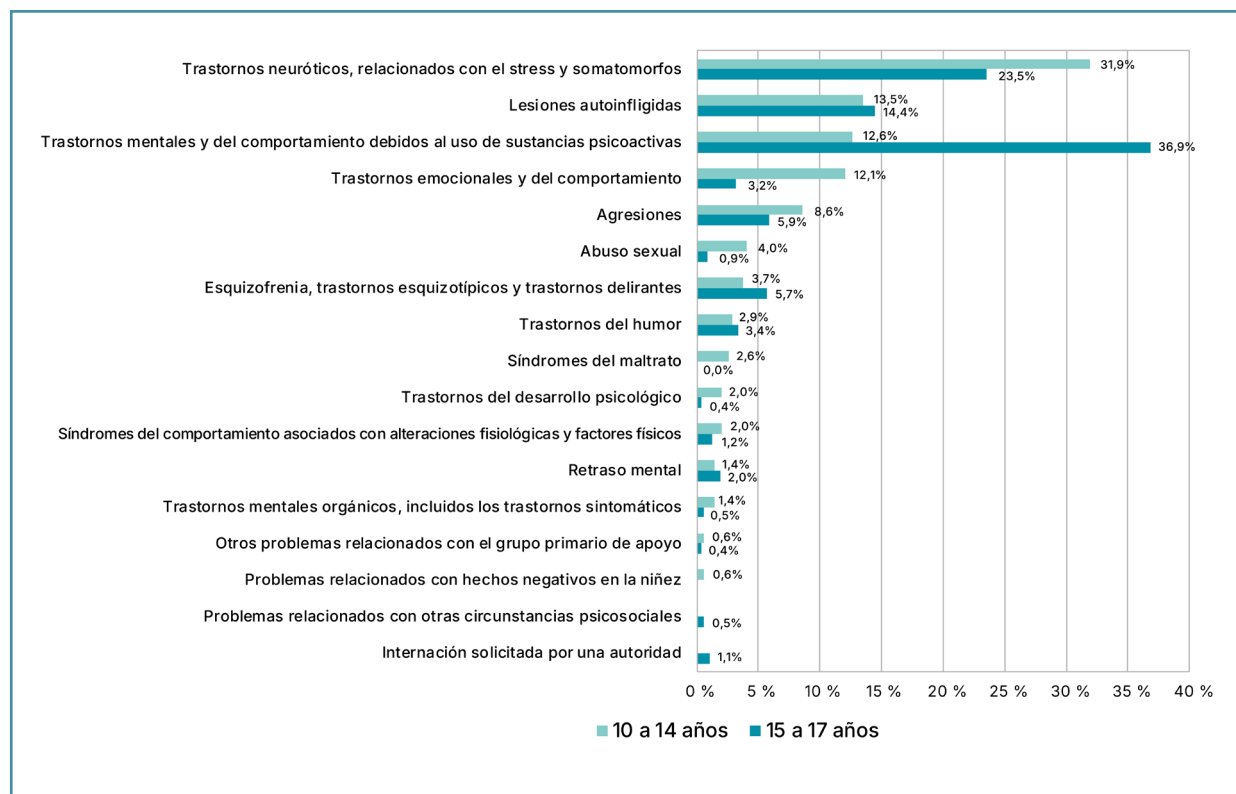
Para el rango de 0 a 4 años, sobre un total de 52 egresos, los principales diagnósticos evidenciados para el año 2023, último año analizado, han sido: las agresiones (28,9%), abuso sexual (23,1%) y síndrome del maltrato (15,4%).

Para el rango de 5 a 9 años, sobre un total de 46 egresos, los principales diagnósticos identificados para el año 2023 han sido:

abuso sexual (32,6%), agresiones (19,6%) y Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (17,4%).

De esta forma, para ambos grupos las agresiones y el abuso sexual son los dos principales motivos alcanzando más del 50% de los egresos en ambos rangos de edad.

Gráfico N° 3. Egresos con diagnóstico seleccionados de salud mental de 10 a 14 años y de 15 a 17 años. Efectores de salud pública provinciales. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Subsecretaría de Salud Mental.

Para el rango de edad de 10 a 14 años, sobre un total de 348 egresos, los principales diagnósticos identificados para el último año analizado han sido: en primer lugar, los trastornos neuróticos, los trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos²² (31,9%), en segundo lugar las lesiones autoinfligidas (13,5%) y en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psi-

coactivas (12,6%).

Finalmente, para el rango de 15 a 17 años, sobre un total de 561 egresos, los principales diagnósticos para el año 2023 han sido: los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (36,9%), los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (23,5%) y las lesiones autoinfligidas (14,4%).

²² Según el CIE-10 estos trastornos remiten a síntomas o cuadros clínicos relacionados con ansiedades, miedos desproporcionados, fobias, obsesiones, síntomas físicos sin causa orgánica explicable, entre otros. En particular, los trastornos somatomorfos se definen como "la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de estudios médicos, a pesar de repetidos resultados negativos y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática" (Pérez Moreno et. al. 2021: 43). Dicha conceptualización ha sido redefinida a partir del DSM-V, siendo reemplazada por el diagnóstico de "Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados". En opinión de algunos especialistas, estos nuevos criterios de definición se adaptarían mejor a la clínica de niñas, niños y adolescentes que los previos, incluidos hasta el DSM-IV. (Op, cit.)

Se observa cómo para ambos rangos de edad coinciden los tres principales diagnósticos; sin embargo cambia la importancia relativa de cada uno. Mientras en el rango de edad de 10 a 14 el principal diagnóstico refiere a los trastornos neu-

róticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, en el caso del rango de edad de 15 a 17 años los principales son los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.

A partir de la información estadística presentada previamente se evidencia que:

- Entre los años 2021 y 2023 se ha producido un incremento del peso relativo de las egresos por salud mental de niñas, niños y adolescentes en relación a los otros motivos de egreso.
- En los rangos de menor edad -0 a 9 años- las situaciones de agresiones, abuso sexual y síndrome de maltratos alcanzan aproximadamente el 60% de los egresos de estos grupos.
- En la franja de edad de 10 a 14 años, se evidencia como principal diagnóstico en los egresos aquellos vinculados con trastornos neuróticos, de estrés y somatomorfos con más del 30% de los egresos.
- En la franja de 15 a 17 años predominan las situaciones de consumo con aproximadamente el 40% de los egresos.
- En las franjas de edades 10 a 14 y 15 a 17 aparecen como tercer motivo entre los diagnósticos seleccionados al egreso a las lesiones autoinflingidas con aproximadamente el 10% de los egresos.

Entre las niñas y niños más pequeños predominan situaciones de internación asociadas a vulneraciones de derechos. A partir de los 10 años comienzan a registrarse otros diagnósticos vinculados a distintos padecimientos que pueden estar o no relacionados en su origen con vulneraciones, pero que aún así pueden condicionar o agravar estos cuadros. Es importante dimensionar la centralidad de la adolescencia como una etapa vital atravesada por profundos procesos de transformación subjetiva, que requiere de acompañamientos activos y responsables para evitar exposiciones a ámbitos de riesgos (tanto en

el plano físico como digital), en un contexto de entramado social profundamente empobrecido y fracturado. Debe tenerse en cuenta que este grupo representa la mayor cantidad de internaciones por padecimientos subjetivos en relación a las franjas etarias más pequeñas.

En cuanto a los efectores públicos de la municipalidad de Rosario, se accedió al informe "Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental. Efectores de salud mental municipal. Año 2022-2023" (Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental, 2024), don-

de se encuentran datos relativos a las internaciones de niñas, niños y adolescentes por problemáticas de salud mental.²³

La Municipalidad de Rosario identifica los egresos por salud mental dentro de los

egresos totales de la población atendida en todas las franjas etarias, los cuales representan el 4% de los egresos totales, para los dos años bajo análisis.²⁴

Tabla 2. Egresos totales y por salud mental. Efectores Municipales. Rosario. Años 2022 y 2023.

AÑO	EGRESOS TOTALES	EGRESOS POR SALUD MENTAL	%
2022	30615	1247	4,07%
2023	30648	1102	3,60%

Fuente: Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental. (2024). Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023. Municipalidad de Rosario.

La información municipal también desagrega los egresos de salud mental diferenciando a adultos de niñas, niños, adolescentes, por presentar problemáticas y vulnerabilidades diferentes. Es de destacar este dato, dado que la información provincial a la cual

se pudo acceder no permite identificar la participación que tiene la franja etaria de 0 a 17 años en relación a internaciones de adultos. No obstante, la municipalidad no profundiza en la desagregación dentro del rango de 0 a 17 años.

Tabla 3. Cantidad de pacientes internados por motivos de salud mental y porcentaje según grupo de edad y año. Efectores municipales. Rosario. Años 2022 y 2023.

AÑO	2022		2023	
GRUPO	PACIENTES	%	PACIENTES	%
Adultos	866	79	775	77
NNyA	230	21	236	23
Total	1096	100	1011	100

Fuente: Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental. (2024). Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023. Municipalidad de Rosario.

Nota: cada paciente, niña, niño o adolescente presentó en promedio 1,2 internaciones en los años analizados. De esta forma, cada paciente puede presentar más de una internación.

²³ “Cabe señalar que en el total de los egresos no se contabilizaron los de neonatología y los del Instituto de Rehabilitación ILAR” (Mesa de integración de información para la gestión/ Dirección de Salud Mental; 2024; pp16).

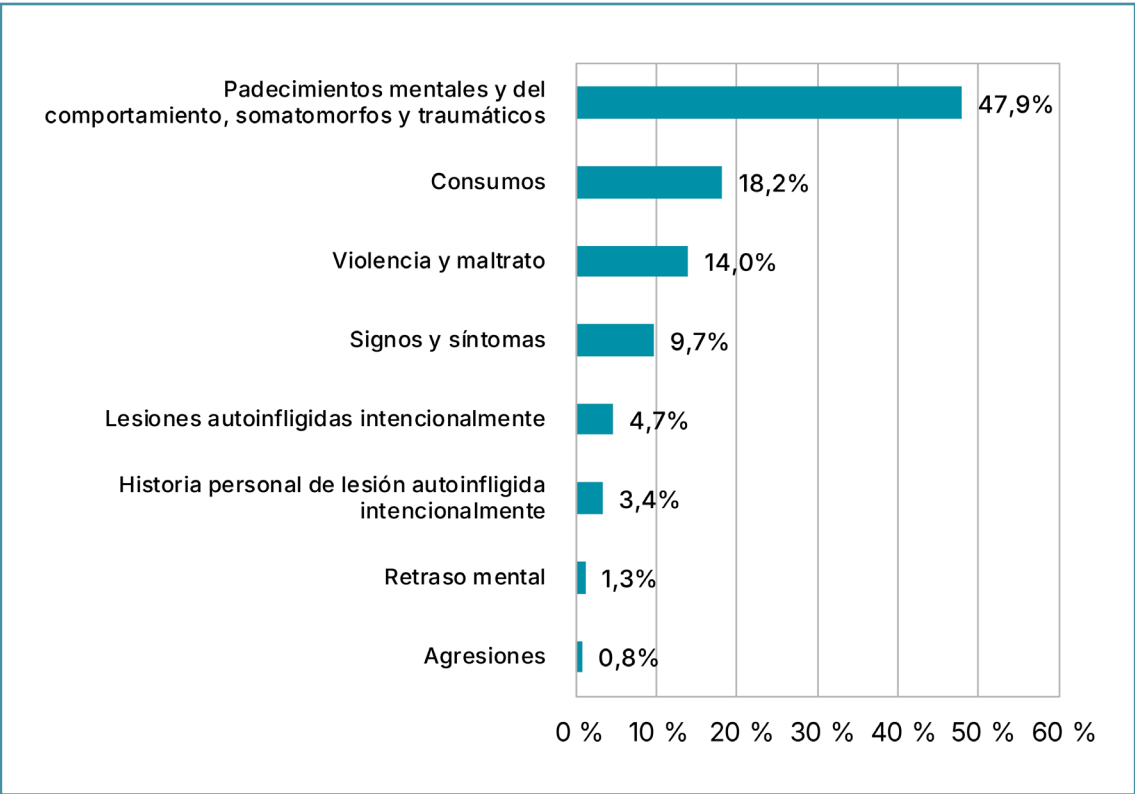
²⁴ informe “Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental. Efectores de salud Municipal. Año 2022 - 2023”

El porcentaje de niñas, niños y adolescentes respecto del egreso total de pacientes con problemáticas de salud mental es similar en ambos años, del 21% en el 2022 y del 23% en el 2023.

En el año 2022, 230 niñas, niños y adolescentes internados tuvieron diagnósticos

referidos a padecimientos subjetivos, generando 278 internaciones, mientras que en el 2023 estos valores pasaron a ser de 236 niñas, niños y adolescentes y 278 internaciones. En ambos años esto implicó 1,2 internaciones por paciente.

Gráfico N° 4. *Niñas, niños y adolescentes internados con problemáticas de salud mental en efectores municipales según diagnóstico. Rosario. 2023.*



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental. (2024). Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023. Municipalidad de Rosario.

Como se puede observar en el gráfico anterior el principal diagnóstico identificado en los egresos para el año 2023 refiere a las problemáticas de padecimientos mentales y del comportamiento, somatomorfos y trau-

máticos con el 47,9%, le sigue en importancia el diagnóstico consumos con el 18,2% y violencia y maltrato con el 14%. El diagnóstico relativo a las lesiones autoinfligidas se presenta en el 4,7% de los egresos.

Al desagregar la información por género para el año 2023 se observa cómo las mujeres son quienes sufren mayor violencia y maltrato (63,6%) que los varones (36,4%).

En el caso de los diagnósticos por consumo resulta levemente superior el porcentaje de varones (55,8%) que de mujeres (44,2%).

Tabla 4. Niñas, niños y adolescentes con diagnósticos de consumo, violencias y maltrato distribuidos según género. Efectores de salud municipales. Rosario. Año 2023.

	MUJERES		VARONES		
TIPO DE DIAGNÓSTICO	PACIENTES	%	PACIENTES	%	TOTAL
Consumo	10	44,2 %	5	55,8 %	100 %
Abuso sexual y maltrato	11	63,6 %	7	36,4 %	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental. (2024). Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023. Municipalidad de Rosario.

Los registros de ambas áreas estadísticas en escala provincial y municipal de Rosario, permiten identificar como principales diagnósticos que afectan a las infancias y adolescencias los padecimientos mentales y del comportamiento, los consumos,

las violencias y los maltratos. La desagregación de la información por género que realiza la municipalidad, resulta sumamente relevante a los efectos de mostrar las disparidades que tienen lugar según esta variable.

3.2 Información estadística del Órgano de Revisión de Salud Mental

Según establece la Ley 13.733, el ORSMSFE debe llevar a cabo periódicamente controles de legalidad de las internaciones prolongadas como así también de aquellas involuntarias, **entre las que se encuentran calificadas las internaciones de infancias y adolescencias** en la Ley de Salud Mental. Los efectores

de salud deben notificar al Órgano de Revisión y al Juez de estas internaciones.²⁵ A continuación se presenta información producida desde este Organismo relativa a sus intervenciones con personas menores de edad en el año 2024 (Defensoría del Pueblo, 2025).

²⁵ Los casos de internación que deben ser notificados están establecidos en el Protocolo de Notificaciones que marca la Ley Nº 26.657 en sus Capítulos VII y VIII y Decreto Reglamentario 03/2013: en los casos de internaciones voluntarias que se prolonguen por más de 60 días; de internaciones involuntarias que cambian su estado a voluntarias y viceversa; así también deben notificarse las externaciones, altas y permisos de salida y derivaciones; toda situación que pueda caracterizarse de irregularidad y el fallecimiento en contexto de internación en monovalentes.

De acuerdo a lo informado, de 1204 expedientes ingresados en 2024, 242 correspondieron a niñas, niños y adolescentes, representando el 25,5% del total. De ese conjunto de situaciones, un 21,9% tiene Medidas de Protección Excepcional (MPE).²⁶

Tabla 5. Situaciones de niñas, niños y adolescentes atendidas por el Órgano de Revisión de Salud Mental según MPE. 2024

TENENCIA DE MPE	CANTIDAD	%
NNyA con medida de protección excepcional	53	21,9 %
NNyA sin medida de protección excepcional	189	78,1 %
Total	242	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a Informe anual Defensoría del Pueblo de la provincia de Santa Fe.

Al analizar los motivos de ingreso de internación de las situaciones de niñas, niños y adolescentes atendidos, se observa que los dos motivos más importantes son la “excitación psicomotriz” con el 26,4% y la “ideación o intento autolítico” con el 24,4%. El tercer lugar lo comparten los “consumos problemáticos” y “otros motivos” con el 12,4%.

Tabla 6. Situaciones de niñas, niños y adolescentes atendidas por el órgano de revisión de Salud mental según motivo de ingreso. 2024.

MOTIVO	CANTIDAD	%
Excitación Psicomotriz	64	26,4 %
Ideación o intento autolítico	59	24,4 %
Consumos Problemáticos	30	12,4 %
Otros motivos	30	12,4 %
S/d	20	8,3 %
Descompensación de cuadro de base	16	6,6 %
Crisis subjetiva	15	6,2 %
Violencias	4	1,7 %
Abuso sexual infantil	4	1,7 %
Total	242	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a Informe anual Defensoría del Pueblo de la provincia de Santa Fe.

²⁶ Las MPE alcanzan a niñas, niños y adolescentes que fueron separados de su grupo familiar por disposición de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia a partir de la detección de graves vulneraciones a sus derechos.

Tabla 7. Situaciones de niñas, niños y adolescentes atendidas por el órgano de revisión de Salud mental según región. 2024

REGIÓN	CANTIDAD	%
Centro Norte (Santa Fe)	112	46,3 %
Centro Sur (Rosario)	125	51,7 %
s/d de localidad de la Provincia	5	2,1 %
Total	242	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a Informe anual Defensoría del Pueblo de la provincia de Santa Fe.

Al desagregar por área geográfica se evidencia un porcentaje levemente superior de situaciones atendidas en la región Centro sur, con el 51,7%.

La desagregación por área geográfica reflejada en la tabla anterior resulta sumamente relevante a los efectos de mostrar diferen-

cias territoriales. Resultaría enriquecedor a futuro contar con mayor desagregación regional —es decir, que no sólo se límite a las dos grandes urbes— como así también por franjas etarias y género al analizar las internaciones de niñas, niños y adolescentes por salud mental.

3.3 Experiencia de construcción de información: caso Hospital Víctor J. Vilela

A continuación se analizará el caso del hospital pediátrico Vilela de Rosario, cuyo trabajo en la construcción de información se destaca por su sistematicidad y consistencia.

El Equipo Interdisciplinario²⁷ del hospital Vilela ha construido su propia matriz de indicadores a partir de las interconsultas que realizan, orientadas al abordaje de situaciones de crisis subjetivas y vulneraciones de derechos que demandan internación. Cabe señalar que la cantidad de atenciones donde se requieren intervenciones de salud mental en el Hospital es superior a la información procesada por este equipo, ya que hay situaciones que son atendidas desde el servicio de salud mental, encargado del acompañamiento a niñas y niños y sus familiares con internaciones por otros moti-

vos de salud, como también de la atención ambulatoria de psiquiatría infantil con sede en el Hospital que recepciona atenciones de la red de centros de salud municipales.

De esta forma, el universo de interconsultas que registra el hospital resulta ser de escala reducida. Esta situación difiere de la tarea que deben llevar adelante las áreas centrales de estadística de salud provincial y municipal, las cuales requieren tareas de logística de mayor envergadura para reunir los datos de cada efector, realizar controles de consistencia de la información y finalmente unificarla en datos provinciales/municipales. Hecha esta aclaración, de igual manera, se considera de importancia presentar a continuación algunos datos contruidos por el Equipo Interdisciplinario de dicho efector

²⁷ Este equipo se aboca a la atención de internaciones por motivos de salud mental dentro del Hospital. A lo largo del informe se irán describiendo sus funciones y participación en la dinámica hospitalaria.

que fueron provistos a la Defensoría, en tanto permite identificar una serie de aspectos que abonan a la construcción y entendimiento de la problemática de la salud mental en infancias y adolescencias. El universo etario de atención/internación de este hospital es de 0 a 15 años.

Una primera clasificación se orienta al universo de interconsultas realizadas, en función de las categorías que este equipo distingue entre crisis subjetivas y vulneraciones de derechos.

Tabla 8. Evolución interconsultas que recibe el equipo según tipo. Año 2019-2024.

AÑOS	INTERCONSULTAS CONFIRMADAS	CRISIS SUBJETIVAS	SÓLO VULNERACIONES DE DERECHOS	PARTICIPACIÓN DE LAS CRISIS EN INTERCONSULTAS
2019	245	48	197	19,6%
2020	194	48	146	19,6%
2021	212	56	156	22,9%
2022	254	82	172	33,5%
2023	294	107	187	43,7%
2024	273	92	181	37,6%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

Se observa cómo a partir del 2022 viene incrementándose la participación que tienen las interconsultas por crisis subjetivas en el total de interconsultas, pasando de representar aproximadamente el 20% a superar el 40% en 2023. Para el año 2024 aquellas interconsultas

que respondieron sólo a vulneraciones de derechos representaron el 66%, mientras que el 34% restante fueron crisis subjetivas, mostrando la prevalencia que tienen los derechos vulnerados en los padecimientos subjetivos de las infancias y adolescencias. Asimismo, y de manera frecuente, las crisis

Tabla 9. Interconsultas que recibe el equipo según tipo. Año 2024

INTERCONSULTAS	CANTIDAD	%
crisis subjetivas	92	34%
sólo vulneraciones de derechos	181	66%
Total	273	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

subjetivas pueden estar asociadas a vulneraciones de derechos. Esto sucede cuando se identifican antecedentes de abuso, violencia intrafamiliar, preexistencia de medida de protección u otros factores que den cuenta de vulneraciones. De esta forma,

ambos subgrupos se entrecruzan. En la siguiente tabla se desagregan las interconsultas por crisis subjetivas que están asociadas a vulneraciones de derechos y se analiza su evolución.

Tabla 10. Crisis subjetivas asociadas con vulneraciones de derechos. Año 2019-2024.

AÑOS	%
2019	58,33%
2020	70,83%
2021	53,57%
2022	62,20%
2023	51,40%
2024	60,87%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

Se observa que en el periodo analizado, entre el 50% y el 71% de las interconsultas por crisis subjetivas están asociadas con vulneraciones de derechos. **A partir de analizar el porcentaje de interconsultas por vulneraciones de derechos y el porcentaje de interconsultas en que las crisis subjetivas están motivadas por vulneraciones, se evidencia —al igual que en las estadísticas de mayor escala— que los padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias**

están asociados mayormente con las condiciones de vida que influyen en su constitución subjetiva.

En lo que refiere a los rangos etarios de atención del Equipo Interdisciplinario, se observa cómo las interconsultas por vulneración de derechos están más concentradas en las niñas y niños de la primera infancia. En cambio las interconsultas por crisis subjetivas están concentradas fundamentalmente en la preadolescencia y adolescencia.

Tabla 11. Interconsultas según rango etario y según correspondan a vulneración de derechos y crisis subjetivas. Año 2024.

RANGO ETARIO	CRISIS SUBJETIVAS	%	VULNERACIÓN DE DERECHOS	%
<1	0	0 %	38	21,0 %
1	0	0 %	21	11,6 %
2 a 3	0	0 %	28	15,5 %
4 a 5	3	3 %	21	11,6 %
6 a 8	1	1 %	24	13,3 %
9 a 12	31	34 %	22	12,2 %
>=13	57	62 %	27	14,9 %
Total	92	100 %	181	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

En relación a la incidencia de género, a continuación se analizan las interconsultas por crisis subjetivas. Se evidencia que la participación de las interconsultas por crisis subjetivas del género femenino resulta superior a la de los varones para todo el periodo analizado y se agudiza durante los años de pandemia 2020-2022.

Tabla 12. Interconsultas por crisis subjetivas según género. Año 2019-2024.

AÑOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL CRISIS SUBJETIVA
2019	60,4 %	39,6 %	100%
2020	75,0 %	25,0 %	100%
2021	73,2 %	26,8 %	100%
2022	78,1 %	22,0 %	100%
2023	61,7 %	38,3 %	100%
2024	60,9 %	39,1 %	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

En la tabla siguiente se desagregan las crisis subjetivas según el motivo de consulta para el año 2024. De los registros surge que el principal motivo de consulta fueron los intentos de suicidio/autolesión con el 32,6% de las atenciones.

Tabla 13. Crisis subjetivas según motivo de consulta. Año 2024.

CRISIS SUBJETIVAS SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA	CANTIDAD	%
Intento de suicidio/autolesión	30	32,6%
Excitación psicomotriz	25	27,2%
Crisis de ansiedad/angustia	20	21,7%
Estado delirante/alucinatorio	9	9,8%
Trastorno relacionado con el consumo de alcohol y otras sustancias	4	4,3%
Síndrome relacionado con el uso de psicofármacos	1	1,1%
Otros	3	3,3%
Total	92	100%

Fuente: Informe anual 2024 elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

El equipo también registra los tipos de abordajes requeridos en las atenciones de crisis subjetivas, analizando la evolución de esos datos.

Tabla 14. Crisis subjetivas según tipo de abordaje. Años 2019-2024.

AÑOS	ABORDAJE PSICOSOCIAL/ PSICOTERAPÉUTICO/ PSICOFARMACOLÓGICO	"ABORDAJE PSICOSOCIAL/ PSICOTERAPÉUTICO"	"ABORDAJE PSICOSOCIAL/ PSICOTERAPÉUTICO/ PSICOFARMACOLÓGICO Y SUJECCIÓN MECÁNICA"	S/D	TOTAL
2019	45,8%	35,4%	4,2%	14,6%	100%
2020	62,5%	20,8%	4,2%	12,5%	100%
2021	51,8%	26,8%	5,4%	16,1%	100%
2022	52,4%	23,2%	2,4%	22,0%	100%
2023	50,5%	14,0%	3,7%	31,8%	100%
2024	47,8%	19,6%	5,4%	27,2%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

Se observa cómo en el período bajo análisis cae el porcentaje de interconsultas donde el abordaje sólo fue psicosocial/psicoterapéutico. El porcentaje de interconsultas que también requiere abordaje psicofarmacológico se mantiene en torno al 50% de las interconsultas salvo para el año 2020, donde crece la participación más de 10 puntos porcentuales. Aquellas interconsultas que también requieren sujeción mecánica en el periodo bajo análisis varían entre el 2,4% al 5,4%. El porcentaje de las interconsultas sin información es elevado, alcanzando aproximadamente el 30% en los últimos dos años de la serie analizada.

Otro aspecto a señalar en relación a las interconsultas por crisis subjetivas atendidas por este equipo, se encuentra que para el año 2024 casi el 50% de esas atenciones provinieron de la guardia, en segundo lugar —un 22,8%— de la Sala 5 (sala de cuidados específicos sobre la que se desarrollará más adelante) y en menor medida de otras áreas del Hospital (salas de internación general y Servicios).

Por último, otro dato importante que registra el Equipo Interdisciplinario se refiere a las MPE dispuestas por la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia.

Tabla 15. Crisis subjetivas de pacientes con MPE. Años 2019-2024.

AÑOS	PACIENTES CON MPE
2019	31,3%
2020	27,1%
2021	21,4%
2022	22,0%
2023	8,4%
2024	15,2%

Fuente: Elaboración propia en base a Informes anuales elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

Según fue referido, las MPE consignadas por el Equipo Interdisciplinario corresponden a la totalidad de las niñas, niños y adolescentes que habían atravesado internación en el Hospital encontrándose en una Medida o en proceso de evaluación para tomarla. Todas estas internaciones estaban relacionadas

con motivos de salud mental. Al respecto, se observa que en el período bajo análisis cae el porcentaje de interconsultas sobre niñas, niños y adolescentes con MPE o sobre los cuáles se debe tramitar una. A continuación se analizan las interconsultas por vulneración de derechos para el año 2024.

Tabla 16. Interconsultas por vulneración de derechos según categoría. Año 2024.

CATEGORÍAS	CANTIDAD	%
Negligencia	99	54,7%
Abuso sexual	20	11,0%
Físico	14	7,7%
Psicológico	13	7,2%
Situación de calle	8	4,4%
Víctima de violencia urbana	4	2,2%
Otros	23	12,7%
Total	181	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Informe anual 2024 elaborados por el Hospital Vilela a partir de registros propios.

Se observa cómo el principal motivo de interconsultas por vulneración de derechos responde a negligencia, con el 54,7%.

De los datos contruidos por el Equipo Interdisciplinario se desprende que:

- Más del 50% de las interconsultas por vulneración de derechos por negligencia están concentradas en niñas y niños de menos de 3 años, y al analizar el género de las interconsultas por negligencia, predomina el masculino, con el 64%.

- En cambio, con respecto a la problemática de “abuso sexual” se evidencia que el

80% de las interconsultas fueron del género femenino y en relación al rango de edad, están más concentradas en niñas y niños de más de 6 años, con el 65%.

- En el caso de las interconsultas por vulneraciones de derechos por violencia física, se observa que el porcentaje de interconsultas resulta similar en ambos géneros y que las mismas están concentradas en la primera infancia y niñez.

- Con respecto a las interconsultas por violencia psicológica, se observa que el porcentaje resulta levemente superior en el género femenino, con el 54%.





03.

TERCERA PARTE

**La salud mental en el
ámbito hospitalario.
Organización, recursos y
procesos de atención**

En este apartado se desarrollará el universo de los hospitales relevados, para conocer cómo funciona la atención a infancias y adolescencias en el sistema de salud mental en el 2° y 3° nivel de atención, considerando las particularidades de cada efector, los recursos disponibles, los procesos de trabajo implementados y los desafíos que se ponen de manifiesto en tanto política pública de salud mental.

Estos aspectos son interesantes de destacar porque muestran diferentes procesos al

interior de cada efector, permitiendo reconocer afinidades y tensiones en las definiciones políticas institucionales y a nivel de sistema en relación a los lineamientos de la ley N° 26.657 y al Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028. De este modo, describir el estado de situación de la red sanitaria hospitalaria en materia de salud mental dirigidas a infancias y adolescencias echa luz sobre los aspectos necesarios de rediseñar, fortalecer e implementar en términos de política pública de salud.

1. Universo de hospitales relevados

A continuación se presentan los hospitales incluidos en el presente informe agrupados según su especificidad y ubicación geográfica:



TIPO DE HOSPITAL	EFECTOR	NIVEL DE INTERVENCIÓN	CIUDAD	DEPENDENCIA GUBERNAMENTAL
Regionales (internación en salud mental a partir de 15/16 años)	Dr. Alejandro Gutiérrez	3°	Venado Tuerto	Provincial
	Dr. Jaime Ferré	3°	Rafaela	Provincial
	Olga Stucky de Rizzi	3°	Reconquista	Provincial
Pediátricos (internación en salud mental hasta 15/16 años)	Víctor J. Vilela	3°	Rosario	Municipal
	Zona Norte Dr. Roberto M. Carra	3°	Rosario	Provincial
	Orlando Allasia	3°	Santa Fe	Provincial
Generales de grandes urbes (internación en salud mental a partir de 14/15/16 años)	Provincial	3°	Rosario	Provincial
	Intendente Gabriel Carrasco	2°	Rosario	Municipal
	Mira y López	2°	Santa Fe	Provincial
	Eva Perón	3°	Granadero Baigorria	Provincial

2. Distribución territorial de recursos especializados en infancias y adolescencias dentro de la red hospitalaria pública

La organización de la atención hospitalaria en salud mental destinada a niñas, niños y adolescentes en la provincia de Santa Fe presenta una marcada concentración territorial de efectores y recursos especializados. Esta configuración incide directamente en las condiciones de acceso, en los circuitos de derivación y en la distribución de la carga asistencial dentro de la red hospitalaria provincial. Los tres hospitales pediátricos provinciales, con atención hasta los 15 o 16 años, se localizan en Rosario y en la ciudad de Santa Fe. En el caso de Rosario, el sistema de salud dispone de mayor cantidad de efectores que reciben situaciones de salud mental en infancias, entre ellos el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, el Hospital Zona Norte y el Hospital Provincial (general). En la ciudad de Santa Fe, en cambio, el Hospital Orlando Alassia constituye el principal efector de referencia para la atención de niñas y niños dentro de esa franja etaria.²⁸

A esta concentración territorial se suma la ausencia de profesionales especializados en psiquiatría infantil y neurología infantil en los hospitales regionales de la Provincia. Los equipos de los hospitales de las ciudades de Venado Tuerto, Rafaela y Reconquista refieren que si bien la casuística de atención por motivos de atención en salud mental en infancias es baja en relación a adolescentes y adultos, ante situaciones que requieren evaluaciones especializadas deben gestionar interconsultas con hospita-

les de Rosario o Santa Fe, ya sea de manera presencial o, en algunos casos, virtuales.

En lo que refiere al diseño del sistema de salud mental para infancias, se deben considerar las dificultades de traslado y de logística que acarrea para las familias y/o instituciones acceder a estas especialidades, más tratándose de una Provincia con una gran extensión territorial. Sería esperable que se pudiera contar con la presencia de especialistas en las diferentes regiones de la Provincia, para que no sean las niñas, niños y sus familias quienes deban llegar a ellos para su oportuna atención.

En gran parte de las entrevistas se identificó el posicionamiento de médicas/os psiquiatras respecto de no atender a niñas y niños, fundamentando las diferentes formaciones profesionales que implica la atención de adultos y de infancias.²⁹ **De este modo, la escasa disponibilidad de profesionales con esta formación específica refuerza la dependencia de los hospitales de referencia y profundiza las dificultades de acceso para las poblaciones del interior de la Provincia.**

Como consecuencia de esta distribución desigual de efectores y recursos humanos especializados, los hospitales de las ciudades de Rosario y Santa Fe registraban una sobredemanda sostenida de situaciones de atención en salud mental provenientes de otras regiones de la Provincia. Los equipos señalaron como otro aspecto problemático las **dificultades para garantizar estrategias de articula-**

²⁸ En los últimos años se produjo el cierre de camas pediátricas en hospitales de la ciudad que no fueron repuestas, lo cual concentra la atención en el Hospital Alassia fundamentalmente.

²⁹ Desde la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines se explica que la psiquiatría infantojuvenil es una especialidad que estudia el desarrollo de las infancias, atendiendo a cuestiones sociales, familiares, manifestaciones clínicas y terapéuticas, considerando la fisiología de las niñas y niños, su neuroplasticidad, período evolutivo y desarrollo en la relación con su medio, es decir que hay características propias de este desarrollo etario que difieren de las del mundo adulto.

ción y continuidad de cuidados una vez que las niñas, niños y adolescentes regresan a sus localidades de origen, ya sea por la ausencia de recursos locales adecuados o por resistencias de algunos efectores (de diferentes niveles) a asumir la atención de situaciones de salud mental, incluso para instancias de evaluación y estabilización subjetiva.

Asimismo, fue mencionada la recurrencia de situaciones de pacientes presentándose en los hospitales por sus propios medios o a través del SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias) con solicitudes judiciales de evaluación por motivos de salud mental o en el marco de internaciones involuntarias.³⁰

Todo lo descrito deriva en sobredemanda de atención, circuitos prolongados de espera y/o circulación de la/os pacientes entre distintos efectores hasta lograr la atención correspondiente. Si bien la SELIAR

(Secretaría de Logística Integrada y Articulación de Redes) cuenta con la información actualizada de la disponibilidad de camas en cada hospital, desde los equipos fue recalcado que la operatividad del efector, y más en la atención por motivos de salud mental, va más allá de la cantidad de camas efectivamente ocupadas.

De manera reiterada, los equipos de los hospitales ubicados en las grandes ciudades expresaron la idea de que en su efector se daba una mayor receptividad de las situaciones de salud mental en comparación con los otros hospitales. La recurrencia de este relato da cuenta de una percepción de distribución inequitativa de la atención asistencial en la red hospitalaria, que contribuye a explicar la experiencia de sobredemanda referida por los equipos.

3. Procesos de atención de salud mental en los efectores

3.1 Estado de formalización de los servicios

El relevamiento realizado permitió reconstruir la conformación y características de los equipos de salud mental en distintos hospitales de la Provincia, tanto pediátricos como generales y de gestión provincial y municipal (en la ciudad de Rosario), observándose procesos disímiles en la conformación y trayectorias de los mismos. Las diferencias no se expresan únicamente en la cantidad de profesionales y perfiles disciplinares presentes, sino también en los diferentes grados de institucionalización de los equipos y/o servicios, las dinámicas de articulación intra e interhospitalaria y las modalidades de organización del trabajo.

En principio se encontró heterogeneidad en los niveles de institucionalización de los equipos de salud mental. En cuatro hospitales refirieron contar con servicio de salud mental constituido de manera formal (dos hospitales provinciales y dos municipales), mientras que en los demás la formalización se presenta como un pendiente histórico. En esos casos se autodefinen a sí mismos como equipos o sectores de salud mental. En general, los y las profesionales que integran dichos equipos forman parte administrativamente de otros servicios o áreas de trayectoria tradicional en los hospitales, organizados disciplinariamente: psicología, trabajo social, psicopedagogía, derecho.

³⁰ Se observó que una vez emitido un oficio judicial dirigido a un efector específico, se tornaba difícil que otros hospitales acepten recibir al/la paciente, aun cuando el hospital referido no cuente con disponibilidad operativa para la atención en ese momento.

3.2 Configuraciones interdisciplinarias de los equipos

En el marco del relevamiento se evidenció una variabilidad significativa en la composición interdisciplinaria, en la cantidad de profesionales que integran los servicios e inequidades en la distribución territorial de algunas disciplinas, como ya se ha indicado. Resulta relevante destacar los recorridos de construcción interdisciplinaria, en primera medida porque, tal como refieren Barcalá y otras, dicho abordaje resulta la “matriz de trabajo que mejor se ajusta a la complejidad de los problemas del campo de la salud mental” (2019:105). También porque permite identificar la persistencia o no de hegemonías disciplinarias y el estado de avance respecto de trascender “saberes y prácticas parcelados” (2019:105), que con frecuencia se expresan en modalidades de “interconsultas” más que interdisciplinariamente. A continuación, se detallan los aspectos más relevantes observados.

● **Psiquiatría infantil:** Tal como fue mencionado, la especialidad de psiquiatría infantil en hospitales públicos se encontraba sólo en las ciudades de Rosario y Santa Fe: en los tres hospitales pediátricos (Zona Norte, Vilela y Alassia) y en dos hospitales generales (Provincial y Mira y López). Además de esta concentración territorial, resulta interesante identificar de qué manera la psiquiatría infantil se inserta en la estructura administrativa y asistencial de cada hospital, ya que estas dinámicas de funcionamiento ofrecen indicios de los niveles de integralidad de los abordajes, tanto al interior del efector como en la red hospitalaria. El Hospital de Niños Alassia contaba con una psiquiatra infantil, integrada al sector de salud mental. Por su parte en el Hospi-

tal de Niños Víctor J. Vilela se encontraban psiquiatras infantiles formando parte de distintos sectores como el Equipo Interdisciplinario y el servicio de salud mental.³¹

Por su parte, en otros hospitales de la ciudad de Rosario —de Niños Zona Norte y Provincial— los psiquiatras infantiles no formaban parte de los equipos de salud mental, sino que su adscripción administrativa dependía de consultorios externos, siendo convocados mediante la modalidad de interconsultas para las instancias de internación y guardia. En el caso del hospital Mira y López —que atravesó un proceso de reconversión de monovalente a polivalente— si bien la atención de internación en salud mental se estableció desde hace algunos años para mayores de 15 años, al momento del relevamiento el efector contaba con un plantel de cinco psiquiatras infantiles. Estos profesionales distribuían sus funciones entre consultorios externos, internación, capacitaciones, etc. Esta presencia profesional muestra un desfase significativo con el Hospital Alassia —hospital pediátrico de referencia en la ciudad de Santa Fe— que contaba sólo con una profesional de esta especialización.

● **Psiquiatría y psicología:** En los hospitales generales la atención en salud mental se prevé a partir de los 15 años aproximadamente, donde intervienen psiquiatras (ya no infantiles). En este marco, se analiza cómo se construye la participación en los equipos de profesionales de psicología y psiquiatría, pensando en la necesaria complementariedad e integralidad de estas disciplinas en los abordajes, en detrimento de la supremacía de una sobre otra.

³¹ El servicio se dedica a atender de manera matricial y ambulatoria la consulta que llega derivada de la red del primer nivel de salud municipal y a realizar interconsultas por niñas, niños y adolescentes internados por otros motivos de salud.

Al respecto, resultó llamativo al momento del relevamiento que el equipo de salud mental de Rafaela se encontraba conformado exclusivamente por cuatro psiquiatras, sin contar con profesionales de psicología. Refirieron encontrarse a la espera de cargos de psicología, de modo de adecuar la conformación del equipo a los lineamientos de la ley de Salud Mental N°26.657. Asimismo, destacaron subsanar relativamente esta falencia hacia el interior del hospital a partir de contar con buenas dinámicas de articulación con los espacios terapéuticos de los centros de salud, garantizando la interdisciplinariedad entre la instancia de internación y ambulatoria. Este Hospital cuenta además con la RISAM³², en cuya cohorte se encontraban profesionales de psicología cursando la Residencia.

Por su parte, en el Hospital Carrasco de Rosario y de Venado Tuerto los equipos de salud mental estaban conformados exclusivamente por profesionales de psicología y psiquiatría, con predominancia de psiquiatras en Venado Tuerto. Ambos equipos acudían a otras disciplinas como trabajo social o derecho a modo de interconsultas.

● **Pediatría y salud mental:** La interdisciplinariedad en cada uno de los equipos/servicios de salud mental también tiene diferentes recorridos en relación a la pediatría y clínica médica o generalista.

Dos de los hospitales pediátricos —Zona Norte y Alassia— no tenían incorporados médico/as pediatras en sus equipos de salud mental. Esta ausencia puede leerse como parte de las fragmentaciones y resistencias disciplinares y entre especialidades que aún subsisten en el universo intrahospitalario para el abordaje integral de la salud mental, tal como fue manifestado en varias entrevistas.

No obstante, en algunos hospitales generales

se observaron otras perspectivas en los equipos y en las modalidades de intervención e integración. El Hospital Provincial de Rosario presentaba la particularidad de contar tanto en la sala como en la guardia de pediatría con profesionales de psicología para el acompañamiento de situaciones de salud mental.

El Hospital de Rafaela —si bien su equipo de salud mental estaba orientado a la atención a partir de los 15 años— dio cuenta de estrategias de trabajo integrales en un contexto de escasez de recursos profesionales especializados en salud mental de infancias. Al momento de realización de la entrevista para esta investigación estuvieron presentes las coordinaciones del servicio de pediatría, de guardia pediátrica y de internación pediátrica. Por su parte, el Hospital Mira y López definió incorporar un médico pediatra al equipo de salud mental en la sala de internación, dado el requerimiento institucional de internación de pacientes menores de 15 años, en algunos casos con estadías muy prolongadas. Con el mismo propósito de fortalecer la integralidad de las atenciones, ese mismo equipo contaba en su plantel con una médica clínica para la atención de los mayores de 15 años internados en la sala de salud mental. La misma situación se registraba en el Hospital de Reconquista y en la guardia de adultos del Hospital Provincial, con médicas y médicos generalistas incorporados en el plantel de salud mental.

● **Trabajo social:** La participación del Trabajo Social en la atención de salud mental de infancias y adolescencias adopta diversas modalidades según cada hospital. En el relevamiento se identificó que en la mitad de los hospitales estos y estas profesionales formaban parte del equipo de salud mental³³, asumiendo la importancia interdisciplinar de

³² Ver más adelante.

³³ Hospitales Zona Norte, Mira y López, Provincial, Reconquista y Vilela.

participar de manera cotidiana en la construcción de los abordajes. En otros hospitales intervenían a través de la modalidad de interconsultas, adquiriendo diversas dinámicas, en algunos casos se convocaban de manera sistemática y en otros más esporádicamente.

● **Asesoría jurídica:** En cuanto a la presencia de profesionales de la abogacía o asesores legales, cuatro equipos de diez hospitales manifestaron contar con esta figura dentro de su estructura, o como articulación frecuente.

³⁴Su incorporación resulta relevante debido al marco jurídico que debe prevalecer en las internaciones de infancias y adolescencias por motivos de salud mental, de carácter involuntario según lo define la ley. También se necesita esta mirada técnica jurídica a partir de la diversidad y gravedad de vulneraciones de derechos que son detectadas en esta franja poblacional en el ámbito hospitalario.

● **Enfermería:** En algunos hospitales se identificó la participación activa de personal de enfermería en el abordaje de situaciones de salud mental, incluyendo en ciertos casos el desempeño en cargos de coordinación y dirección. En tres de los diez hospitales se encontró su integración formal a los equipos³⁵, mientras que en otros se mencionó la participación activa en la cotidianidad de personal que mostraba interés en la problemática, pero sin dependencia administrativa en el equipo. Los equipos identificaron a este perfil laboral como un aliado fundamental —tanto de los profesionales de la salud mental como de las personas con padecimiento subjetivo— en las instancias de internación. De allí la importancia otorgada a avanzar en la formación y mayor integración del sector

de enfermería en la atención de estas internaciones, ya que son quienes están de manera permanente con las y los pacientes y quienes deben monitorear y resolver muchas situaciones en horarios que los equipos/servicios de salud no están presentes.

● **Otros perfiles laborales en los equipos de salud mental:** Considerando que la Ley de Salud Mental establece la importancia de la participación de profesionales, técnicos y trabajadores afines al campo de la salud mental, resulta interesante analizar la participación de otras profesiones y oficios.

El Hospital Alassia de la ciudad de Santa Fe se identificó como el único efector que integraba en su sector de salud mental las disciplinas de estimulación temprana y psicopedagogía. El Hospital Mira y López, por su parte, con psicomotricidad. En el Hospital de Reconquista y Eva Perón de Granadero Baigorria se encontraban en los equipos acompañantes terapéuticos, y en este último también, operador comunitario. El Hospital Provincial de Rosario fue el único que mencionó contar con acompañantes terapéuticos asignados a este efector desde la Dirección de Salud Mental en los casos que se requería acompañamiento en la internación.

Estas participaciones disciplinares son destacables en tanto muestran diferentes énfasis en los abordajes interdisciplinarios que define cada hospital, como también habla de apuestas a los procesos de salud comunitaria desde el interior mismo de los hospitales, ya que en ocasiones son estos perfiles los que dinamizan dispositivos e intervenciones que median entre el adentro y el afuera del efector.

³⁴ Vilela, Zona Norte, Eva Perón y Provincial.

³⁵ Mira y López, Reconquista y Sala 5 del Vilela.

3.3 Dispositivos grupales en el contexto hospitalario

En algunos hospitales se registró la presencia de dispositivos grupales intrahospitalarios como parte de estrategias de atención a la salud, orientados a producir espacios de encuentro. En diferentes efectores se llevaban adelante dispositivos culturales, recreativos y ocupacionales —algunos de ellos en alianzas con organizaciones territoriales— destinados a las personas internadas y en ocasiones también a aquellas en instancia ambulatoria. Se encontró que estos espacios usualmente estaban diseñados para personas mayores de edad, donde las adolescencias presentes en el ámbito hospitalario podían estar convidadas a participar, aunque no siempre sintiéndose integradas en las dinámicas y propuestas disponibles.

En las entrevistas realizadas fue ampliamente referido que el tránsito de adolescentes en las instancias de internación —más aún cuando se prolongan en el

tiempo— no suele ser sencillo de atravesar, tanto para ellas y ellos como para las propias instituciones. Si la salud mental aún emerge como disruptiva en el ámbito hospitalario, las situaciones de adolescentes con internaciones por este motivo se torna aún más desafiante: por ello se asume que resulta necesario avanzar en la construcción de espacios que convoquen de manera más dirigida a esta grupalidad sin descuidar el encuadre terapéutico.

En cuanto a la atención de infancias en hospitales generales, el Hospital Provincial contaba en su sala pediátrica con un espacio lúdico destinado a las niñas y niños internados. La participación en el mismo de quienes atraviesan padecimientos de salud mental quedaba condicionada en función de la situación subjetiva en que se encuentren y dónde estén internada/os, si en la sala de pediatría o en la guardia pediátrica.

En consonancia con el informe que aquí se presenta, los objetivos planteados en el Plan dan cuenta de un diagnóstico acertado de los desafíos y problemáticas que atraviesan a la atención de la salud mental en general y en particular a infancias y adolescencias. Asimismo, este relevamiento permite evidenciar a la política pública ya no sólo en su dimensión de diseño, sino también en las complejidades que conlleva su implementación. Ello supone considerar los procesos de mejoras pero también las resistencias, tensiones, disputas y negociaciones que se desarrollan, no sólo en las esferas de gestión sino en la práctica cotidiana de los territorios de trabajo y atención.

3.4 Las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM)

Las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) tuvieron su origen en 1985 a nivel nacional, como instancias de apuestas formativas para consolidar equipos de salud mental con perspectiva integral y comunita-

ria. El dispositivo de las residencias forma parte de un movimiento que se inició previamente en la década del 50 en Argentina, comprometido con promover la responsabilidad del Estado en la prevención y atención

de la salud mental de la población, construir alternativas al modelo médico psiquiatrizante hegemónico y avanzar hacia procesos de desmanicomialización.

En su formato actual, las residencias son espacios de formación de tres años de duración, remunerados y destinados a profesionales de distintas disciplinas con el propósito de articular saberes y prácticas en equipos interdisciplinarios que puedan responder a la complejidad de las problemáticas de salud mental en contextos comunitarios y hospitalarios. De hecho, durante su formación los y las profesionales generalmente rotan por diferentes niveles de salud y espacios comunitarios, en ocasiones impulsando experiencias destinadas a infancias y adolescencias.

En la provincia de Santa Fe las primeras residencias fueron creadas en 1988 en el Hospital Mira y López —hospital monovalente en ese momento— y en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. La creación de una sede de RISAM en el Hospital General Eva Perón de Granadero Baigorria a inicios de la década del 90 constituyó un gesto político importante de apertura hacia una formación tendiente a la atención primaria de la salud,

comunitaria y desmanicomializadora. (Rodríguez Costa, S/D)

Las RISAM de la provincia de Santa Fe dependen de la Dirección Provincial de Residencias de Salud y de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Existen cinco sedes: en Granadero Baigorria, Santo Tomé, Rosario, Reconquista y Rafaela. Entre las disciplinas presentes se encuentran la medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional.

En los tres hospitales con presencia de RISAM -Eva Perón de Granadero Baigorria, Reconquista y Rafaela- son estos equipos quienes garantizan la atención en las guardias a mayores de 15 años.³⁶ Con frecuencia son también quienes reciben a adolescentes en situaciones de emergencia subjetiva provenientes tanto de entornos familiares, comunitarios, circuitos de calle o instituciones de acogimiento dependientes de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia. De este modo, participan en la construcción de lecturas sociales y estrategias de articulación tanto para la estadía hospitalaria como para el egreso de la internación.³⁷

3.5 Guardias de salud mental

Las guardias de salud mental para la atención de niñas, niños y adolescentes se organizan de manera heterogénea, con coberturas parciales. Ningún hospital cuenta con una guardia presencial de salud mental que funcione las 24 horas, los 365 días del año, tanto sea para adultos como especí-

ficamente orientada a la población infantil. En su lugar, predominan modalidades de atención limitadas a determinados horarios y con esquemas de interconsulta.

Los equipos refirieron que la mayor parte de las atenciones de salud mental se inicia en las guardias, donde el equipo médico eva-

³⁶ Más adelante se describirá la inserción de la RISAM en relación a la dinámica de las guardias.

³⁷ Las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental fueron creadas en el marco de un Programa Nacional, del cual las provincias recibían financiamiento. Esta situación se modificó durante la gestión actual, en línea con el desmembramiento y desfinanciamiento que viene ejerciendo respecto de otros programas de salud, educativos y sociales. Desde la Provincia de Santa Fe se ha ratificado el compromiso de garantizar la continuidad de las diversas líneas de residencias médicas, entre ellas las RISAM, lo cual resulta imprescindible, ya que constituyen instancias muy importantes en la formación de profesionales de la salud mental con perspectiva de derechos humanos. (El Litoral: "Santa Fe avanza en un sistema propio de residencias médicas ante los cambios nacionales", 30/01/2026)

lúa la situación clínica y, una vez descartadas urgencias físicas, define la necesidad de intervención especializada. Durante el horario presencial de trabajo de los equipos de salud mental, estos son convocados para intervenir.

Se destaca la participación de la RISAM en la organización de las guardias hospitalarias en los Hospitales de Rafaela, Reconquista y Eva Perón, ya que garantizan guardia presencial de salud mental en amplias franjas horarias —incluyendo la cobertura de fines de semana en el caso del Eva Perón— y trabajan en articulación con los equipos y servicios de salud mental del hospital para la evaluación y abordaje de las situaciones. Para los ingresos a guardias que se producen cuando ya no hay presencia de los equipos de salud mental, en las ciudades de Rosario, Granadero Baigorria y Santa Fe se

cuenta con el equipo de Guardia Soporte. Se trata de una dupla conformada por psiquiatría y psicología que realizan guardias pasivas, disponibles para hacer evaluaciones en el caso de ser convocados por las guardias de los hospitales. En Rosario acuden tanto a hospitales provinciales como municipales, generales y pediátricos; en horarios vespertinos, nocturnos y fines de semana. En la ciudad de Santa Fe la cobertura horaria y de hospitales de este equipo resulta más limitada y variable.

En Venado Tuerto, Rafaela y Reconquista las situaciones de salud mental que llegan en turnos vespertinos, nocturnos o fines de semana son evaluadas por los y las médicas de guardia, comunicándose telefónicamente con integrantes de los equipos o RISAM en el caso de requerir interconsulta.

4. Adecuaciones en la infraestructura hospitalaria para las internaciones por motivos de salud mental

La disponibilidad y adecuación espacial para la atención de situaciones de salud mental en infancias y adolescencias continúa siendo una deuda pendiente, aun habiendo transcurrido más de quince años desde la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental. La ausencia de planificación edilicia para el abordaje de padecimientos subjetivos constituye un indicador de las dilaciones, resistencias y la escasa priorización de las políticas públicas en torno a la salud mental.

En la mayoría de los hospitales no se contaba con las condiciones de seguridad adecuadas en infraestructura y mobiliario para prevenir situaciones de riesgo para sí o para terceros: se requería aún remoción de vidrios por policarbonatos, presencia de re-

jas en las plantas altas, disponibilidad para la internaciones de salud mental en plantas bajas, entre otros aspectos.

También en la mayoría de los efectores las internaciones se producían en las salas generales, aspecto que reviste complejidad en algunas situaciones de pacientes con crisis subjetivas agudas, tanto por el resguardo hacia ellas y ellos como hacia otras personas internadas con diferentes patologías. De este modo, la infraestructura y disposición espacial se presentaba como otra limitante para recibir pacientes por motivos de salud mental, debiendo evaluarse un conjunto de condiciones tales como la capacidad operativa de camas en el efector, las patologías de las demás personas internadas por sala y la propia capacidad operativa del equipo

de salud de atender determinada cantidad de pacientes de manera simultánea.

Los equipos refirieron enfrentarse a decisiones complejas, tales como destinar una sala completa a una sola persona, restringiendo el uso del resto de las camas; o alojar al paciente en condiciones poco adecuadas dentro de salas generales, o directamente definir la no internación en ese efector.

Al mismo tiempo se destacó el carácter enriquecedor que para una parte significativa de las personas internadas por motivos de salud mental implica transitar su estadía en salas generales. Esta modalidad puede favorecer la integración en la dinámica hospitalaria y la construcción de lazos vinculares. **Emerge**

así una lectura que reviste complejidades, subrayando la potencialidad que conlleva en determinados casos cursar las internaciones en salas generales, destacando simultáneamente la importancia y necesidad de contar con áreas protegidas para aquellas situaciones que así lo requieren. Resulta llamativo que hospitales construidos en la Provincia con posterioridad a la sanción de la Ley de Salud Mental no hayan contemplado en su diseño espacial y equipacional condiciones específicas de seguridad y áreas cuidadas para la internación de personas con padecimientos subjetivos, además de las demoras vigentes para la adecuación de aquellos edificios ya existentes.

Sala 5 del Hospital Vilela: En lo que refiere a áreas de cuidados específicos, el Hospital Vilela constituye un caso paradigmático a través de su experiencia de la Sala 5. Este espacio está diseñado conforme a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental y bajo criterios de seguridad no manicomiales: eliminación de vidrios, uso de materiales irrompibles, adaptación del espacio para minimizar riesgos y garantizar un contexto de cuidado.

La sala cuenta con dos habitaciones destinadas a internaciones por crisis subjetiva, con personal médico, de psicología y de enfermería. Dispone también de un espacio de descanso para familiares y la sala de juegos y espacio lúdico-terapéutico (referido anteriormente). Las internaciones por motivos de salud mental se pueden garantizar en distintas salas del hospital; aún así, la Sala 5 funciona como un sector de referencia preparado para la atención de crisis y para acompañar a pacientes y familias mediante dispositivos lúdicos, creativos e interdisciplinarios.

De los diez hospitales que formaron parte del relevamiento, sólo cuatro contaban con salas o áreas cuidadas destinadas a situaciones de mayor complejidad en salud mental, todos ellos con distintas características. Estas experiencias responden a procesos institucionales y políticos particulares. A continuación se describen otros hospita-

les con espacios de cuidados específicos:

● **Hospital Mira y López:** Las internaciones por motivos de salud mental se realizan en una sala de internación general, priorizando en la práctica a pacientes con padecimiento subjetivo, tanto adolescentes como personas adultas. Cabe recordar que si bien en este efector la atención está pautada a par-

tir de los 15 años, cuenta con un plantel de psiquiatras infantiles y en ocasiones reciben internaciones de menores de esa edad.³⁸ La sala referida consta de 3 habitaciones de 4 pacientes cada una y dos de internación individual, con una distribución planificada por habitación que contempla criterios de género, edades y clínicos. Si bien se buscaba evitar la convivencia entre adolescentes y adultos, esta separación no siempre lograba sostenerse.

● **Hospital Eva Perón:** Las internaciones por salud mental se disponen en un espacio específico dentro de la guardia y en una habitación en una de las salas de internación. Si ese cupo se excede se interna en las demás salas, pero atendiendo a la capacidad asistencial del equipo, de 10 pacientes, más los que puedan agregarse circunstancialmente por guardia.

● **Hospital Provincial:** Este hospital no tiene

un espacio adjudicado a internaciones por motivos de salud mental, pero en la práctica suele resolver las internaciones de este tipo en la guardia, en el caso que sean acotadas en el tiempo (entre 48 y 72 horas). Para internaciones que se evalúan más prolongadas se realiza el pase a salas generales, las cuales no reunirían las condiciones edilicias y de seguridad pertinentes. Por este motivo, cuando se trata de situaciones subjetivas complejas y de tiempos más prolongados, el equipo indicó que se habilita un consultorio para internación destinado a aislamiento para otras patologías, lo cual circunscribe la salida de ese espacio del/la paciente y la integración con otros sectores del hospital. En ocasiones ese espacio se ha decidido utilizar para internar a adolescentes que se encuentran en el sistema de protección.

5. Acerca de la receptividad de los padecimientos subjetivos de infancias y adolescencias en los hospitales

Los equipos destacaron que desde la promulgación de la Ley de Salud Mental en 2010 a esta parte han mejorado los niveles de receptividad en todos los hospitales hacia las atenciones por motivos de salud mental. Se entiende que ello está íntimamente relacionado con los procesos de sensibilización, capacitaciones y trabajo sostenidos por estos equipos y también aquellos promovidos desde la áreas de gestión de Salud Mental y otros organismos; encontrando más o menos respaldo de las áreas directivas de los hospitales.

Aún así persisten desafíos acerca de la incorporación y aceptación de los abordajes en salud mental con enfoque de derechos humanos, que ponen de manifiesto disputas y resistencias entre los diferentes sectores, especialidades de salud y gremios

profesionales que allí confluyen.

De este modo, el ingreso y tránsito de las situaciones de padecimiento subjetivo en general —y de niñas, niños y adolescentes en particular— continúa siendo un punto crítico en la cotidianidad de gran parte de los hospitales, donde en ocasiones se continúa asociando —o deseando— el tratamiento de los padecimientos mentales a los espacios monovalentes. Por momentos, y en algunos hospitales más que en otros, aún emergen referencias a modos estigmatizantes de nombrar a estas y estos pacientes y reticencias para involucrarse en la atención de las infancias y adolescencias con padecimientos, que suelen experimentarse como situaciones disruptivas.

³⁸ Al momento del relevamiento y escritura de este informe se encontraban con una situación de internación de más de un año de una adolescente que ingresó con 13 años, cuya hospitalización se extendía debido a dificultades en las articulaciones entre el sistema de protección y el sistema de salud, como se verá más adelante.

Asimismo, el balance de los equipos resulta positivo en relación a otros momentos históricos, pudiendo reconstruir procesos de trabajo que dan cuenta de la apuesta al fortalecimiento e integralidad de la atención

en salud mental en estos ámbitos. Al mismo tiempo, fue reforzada una y otra vez la necesidad e importancia de generar más instancias de formación y diálogo interdisciplinario.

LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE SANTA FE. CLAVES PARA UN ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALES	
La territorialidad	- Concentración de efectores y profesionales especializados en las ciudades de Rosario y Santa Fe. Esto deriva en una sobredemanda sobre dichos efectores y al mismo tiempo repercute en el seguimiento y la continuidad de la atención en localidades por fuera de los grandes centros urbanos de la provincia.
Abordajes de salud mental en hospitales	- Diferentes grados de formalización de los equipos de salud mental al interior de los efectores relevados. - No todos disponen de equipos interdisciplinarios completos, aspecto fundamental para pensar los abordajes. - Solo algunos efectores ofrecen dispositivos grupales como estrategias de atención a la salud orientados a espacios de encuentros. Estos espacios usualmente están orientados para personas adultas. - En los efectores que hay profesionales de RISAM se fortalecen los servicios de guardia. - No existe guardia de salud mental disponible los 365 días del año las 24 horas en ningún effector. - Se requiere seguir sosteniendo instancias de formación y sensibilización sobre salud mental con enfoque de derechos para los equipos profesionales de todas las disciplinas.
Infraestructura y equipamiento	- La mayoría de los efectores no garantizan las condiciones de seguridad en su infraestructura para realizar internaciones por motivos de salud mental. - 4 de los 10 hospitales relevados cuentan con áreas protegidas para internaciones críticas de salud mental cada uno con características diferentes. - Unicamente el Hospital Víctor J. Vilela cuenta con espacio específico para la internación de situaciones de salud mental complejas de infancias y adolescencias. - No suelen destinarse espacios lúdicos en los hospitales.



04.

CUARTA PARTE

**Desafíos de la integralidad
en los abordajes de salud
mental con infancias y
adolescencias**

1. Estado de las articulaciones en salud mental al interior del sistema de salud: el primer nivel de atención y sus efectos en la atención hospitalaria

Además de las propias dificultades que se presentan en los procesos de atención dentro de los hospitales, estos efectores también actúan como caja de resonancia de la creciente complejidad que ha adquirido la atención en salud mental en los contextos comunitarios durante las últimas décadas. La creciente fragilización de las condiciones de vida en términos económicos, sociales y subjetivos se expresa con más o menos intensidad según los contextos y regiones de la Provincia, en las condiciones de pobreza material, avances de violencias y de economías ilegalizadas. Este escenario coloca tanto a las instituciones tradicionales -educación, salud, desarrollo social, entre otras- como a las organizaciones de la sociedad civil en una gran encrucijada para atender y acompañar las necesidades de la población. En este escenario las políticas públicas corren el riesgo de quedar desfasadas en cuanto a su diseño, inversión social, equipamiento y provisión de personal respecto de las complejidades sociales y subjetivas emergentes.

Los centros de salud -tanto de pertenencia municipal como provincial- enfrentan múltiples desafíos que impactan directamente en la capacidad de sostener abordajes integrales desde la perspectiva de la atención primaria de la salud mental. Entre los principales obstáculos identificados se destacan:³⁹

- La insuficiente cantidad de profesionales

y de carga horaria en los equipos de salud y salud mental. La organización del sistema y las deficientes condiciones laborales obligan a distribuir su trabajo en varios efectores. En el interior de la Provincia esta situación se profundiza, ya que el personal suele desempeñarse simultáneamente en centros de salud y áreas sociales de distintas comunas y municipios.

- La existencia de centros de salud con infraestructuras y recursos materiales deficitarios, lo que limita las condiciones de trabajo y la calidad de la atención.

- Dificultades para absorber la demanda en algunas zonas de georreferencia amplia y de alta densidad poblacional. También se dificulta el acceso a la salud mental debido a distancias territoriales entre las personas y los centros de salud, tanto en las grandes ciudades como en localidades más pequeñas o zonas rurales, alejadas de los efectores de salud.

- Gran parte de las estrategias que se plantean en materia de salud mental para infancias y adolescencias tienden a centrarse en el acceso a espacios terapéuticos como instancia única y resolutive: esta situación se ve con particular asiduidad en infancias y adolescencias institucionalizadas. Aún así, la respuesta más frecuente a esta demanda es la falta de disponibilidad de turnos en el sector público.

³⁹ Esta información se construye a partir del trabajo cotidiano de esta Defensoría con los centros de salud en el abordaje de situaciones particulares, como así también a través de la participación en mesas intersectoriales en diferentes barrios de Rosario y de las entrevistas generadas para este relevamiento con agentes del sistema de salud.

- No siempre las y los profesionales de psicología están dispuestos y/o disponibles para atender a infancias y adolescencias, argumentando la especificidad de abordaje con esta franja etaria, lo cual acota aún más la garantía de acceso a la atención en la cercanía territorial.

Tanto las normativas como las experiencias institucionales en materia de salud mental y protección integral de las infancias y adolescencias dejan en evidencia que ninguna intervención es fructífera por sí sola, sino que se necesitan sumar y fortalecer redes institucionales y comunitarias para realizar abordajes integrales. Sin embargo, los procesos políticos e institucionales muchas veces no logran impactar a tiempo. Mientras no se desarrollen y consoliden otras estrategias alternativas y complementarias al espacio terapéutico, el sistema continuará corriendo detrás de la demanda, sin capacidad de resolución.

Según fue identificado en el presente relevamiento, las limitaciones del primer nivel de atención tienen efectos directos sobre los hospitales de segundo y tercer nivel. En este marco, los equipos de esos efectores señalaron diversas situaciones problemáticas:

- Algunos hospitales garantizaban atención en salud mental mediante consultorio externo -lo que corresponde al primer nivel de salud- como respuesta a la sobredemanda que experimentaban los centros de salud.

- **Se registró que muchas niñas, niños y adolescentes —principalmente adolescentes— llegan a las guardias de los hospitales sin tener referencias en el primer nivel de salud, o una muy lejana en el tiempo. De este modo las guardias se presen-**

tan como una de las principales puertas de entrada al sistema de salud, configurando una situación invertida en relación al diseño de la política de salud integral y salud mental en particular.⁴⁰

- Los equipos de los hospitales señalaron que una vez que las situaciones ingresan, resulta difícil encauzar la trayectoria de las situaciones hacia el primer nivel. Por lo tanto, la trayectoria de salud continúa desafiada o se sostienen de manera intermitente y prolongada en los 2° y 3° niveles.

Las dificultades señaladas para sostener intervenciones tempranas y continuas desde el primer nivel de atención tienden a trasladar la resolución de las situaciones hacia los niveles de mayor complejidad.

La guardia hospitalaria aparece así como un punto de llegada que, en muchos casos, condensa trayectorias de atención en salud interrumpidas o inexistentes, obligando a los equipos a reconstruir referencias, redes y recorridos que no lograron consolidarse en el primer nivel.

Al mismo tiempo, las experiencias que muestran mayores niveles de articulación entre ambos niveles de atención permiten visibilizar que la coordinación sostenida, el conocimiento del territorio y la construcción de vínculos interinstitucionales inciden de manera significativa en la posibilidad de abordar situaciones complejas. No obstante, incluso en estos contextos, persisten limitaciones estructurales vinculadas a la sobrecarga de los equipos y a la insuficiencia de recursos, lo que reafirma la necesidad de fortalecer de manera integral la red de atención y las estrategias de trabajo conjunto entre niveles.

⁴⁰ Este proceso se refleja en la información construida por el Equipo Interdisciplinario del Hospital Vilela para el año 2024. Del total de las situaciones recepcionadas en la guardia, el 45,4% correspondían a derivaciones espontáneas, mientras que el 21,2% fueron derivados desde otros hospitales y centros de salud, en tercer lugar derivó el SIES, con el 8,1%.

2. Estado de las articulaciones interministeriales para las infancias y adolescencias más vulneradas

A partir de lo recorrido hasta aquí se identifica que los padecimientos subjetivos en niñas, niños y adolescentes están asociados en gran medida a experiencias y trayectorias vinculadas a vulneraciones de derechos. En este apartado se hará hincapié en el estado de situación de las políticas dispuestas para aquellas infancias y adolescencias que tienen vulnerado el derecho a la vida familiar y comunitaria, entendiendo que estas situaciones requieren mayores esfuerzos de abordajes integrales e intersectoriales, especialmente cuando las condiciones familiares presentan limitaciones para garantizar dere-

chos y sostener acompañamientos en salud mental. Estas situaciones evidencian que la garantía del acceso a la salud mental excede ampliamente la órbita específica del sistema de salud y de salud mental en particular.

Existen dos áreas de gestión gubernamental fundamentales al momento de construir estrategias de egreso de los efectores del 2° y 3° nivel para las infancias y adolescencias más vulneradas: los organismos relacionados con el sistema de protección de derechos de infancias y adolescencias y aquellos abocados a los consumos problemáticos.

2.1 La integralidad de las intervenciones como meta en el sistema de protección

Los equipos de salud mental identificaron que las situaciones de mayor complejidad suelen presentarse cuando se producen internaciones de niñas, niños y adolescentes que no cuentan con un entorno familiar en condiciones de acompañar tanto el proceso de internación como la instancia de egreso. En estas circunstancias detectadas en los efectores de salud resulta necesaria una evaluación específica respecto de las condiciones en las que podrían sostenerse —o no— los cuidados bajo responsabilidad parental. Allí debe tomar intervención el sistema de protección de niñez y adolescencia, ya sea el primer nivel —a través del respectivo servicio local del municipio o comuna— y/o la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (SDNAyF) —área gubernamental provincial—, según a quién le

corresponda en función de la situación que se presente. Con frecuencia se requiere la participación articulada y simultánea de ambos niveles de gobierno, ya que estas internaciones suelen plantear un estado de situación complejo y en muchas ocasiones de larga data de vulneraciones de derechos. También hay niñas, niños y adolescentes que requieren internaciones por padecimientos subjetivos cuando ya fueron separados de sus entornos familiares y se encuentran en el sistema de protección con una Medida de Protección Excepcional (MPE) bajo responsabilidad de la SDNAyF.

Tal como se analizó en la experiencia del Paramí en la década del 2000, las dificultades para la construcción de estrategias integrales, así como la implementación de políticas de corresponsabilidad entre Sa-

lud y Niñez ha sido una constante a lo largo de los años. La fragmentación de las responsabilidades en el abordaje de una niña, niño o adolescente con padecimiento subjetivo, y/o con una problemática de consumo o discapacidad es una tensión que se expresa tanto en las esferas de gestión gubernamental como en la práctica cotidiana de trabajo entre equipos profesionales.

El punto máximo de inflexión al respecto quizás haya sido el Decreto N° 2737 del año 2022, suscripto por el Gobernador de la provincia de Santa Fe de ese momento.⁴¹ Allí se pretendía modificar y fijar principios diferentes a los establecidos en la Ley Nacional y la Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, lo cual resulta de por sí jurídicamente improcedente. Entre otros aspectos, establecía que las niñas, niños y adolescentes que presenten situaciones de padecimiento subjetivo, consumos problemáticos o discapacidad, deberían ser derivados al Ministerio de Salud, a la Dirección Provincial de Salud Mental o bien a la Dirección Provincial de Inclusión, “por no contar las Instituciones de alojamiento de Niños, Niñas y Adolescentes dependientes de la citada Secretaría, tanto públicas como privadas, con los recursos necesarios para la atención de necesidades especiales como las antes descriptas” (Decreto N° 2737, pág. 12).⁴² Dicho Decreto fue derogado por el siguiente Gobernador a través del Decreto N°

1967, en octubre de 2024.

Actualmente persisten situaciones donde chicas y chicos con altos niveles de vulneraciones de derechos y padecimiento subjetivo quedan atrapados en las desarticulaciones que se producen entre las esferas del mundo político, institucional y disciplinar. El sujeto de derechos se desdibuja en un sistema de protección poco integrado, burocrático y adultocéntrico, tensionando los marcos administrativos y legales.

Es importante recordar también que las instancias de internación por motivos de salud mental involucran a otros organismos de control que deben ejercer su rol de manera activa, tanto en el cumplimiento de los plazos legales establecidos como en la garantía de derechos de las niñas, niños y adolescentes. En el caso que la internación se de en el marco de una MPE, continúa rigiendo el control de legalidad de dicha Medida (artículo 40; ley 26.061) a cargo de los Juzgados de Familia, como también de la internación involuntaria que requiere tanto seguimiento judicial como del Órgano de Revisión de Salud Mental (artículos 21, 22, 23, 24, 25, 38 y 40; ley 26.657). Asimismo, la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes tiene responsabilidad en el seguimiento de este tipo de situaciones en tanto organismo de control de las políticas de infancias y adolescencias en la provincia de Santa Fe (art. 48; Ley 12.967).

⁴¹ Período correspondiente a 2019-2023, a cargo del Gobernador Omar Perotti.

⁴² En ese marco, en 2023 esta Defensoría emitió la Resolución N°23 donde recomendaba al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe adecuar la redacción del decreto 619/10 a través de las modificaciones necesarias en consonancia con los principios de la Convención de los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.defensorianna.gob.ar/resources/original/archivos/Res%202023-23%20Recomendar%20al%20Ministerio%20de%20Desarrollo%20Social%20DNNyA.pdf>

a Puntos críticos sobre las articulaciones con organismos de niñez y adolescencia. Perspectivas desde los equipos hospitalarios.

A continuación se describen los aspectos que los equipos de salud consultados han identificado como problemáticos para la construcción de trabajo conjunto con las áreas de niñez y adolescencia:

- **Tensiones normativas:** Si bien la Ley de Niñez y la de Salud Mental están programáticamente en diálogo en la perspectiva de garantizar derechos de manera integral, en las prácticas concretas suelen entrar en tensión. Cada área legitima su intervención a partir de la normativa que la regula, lo que en ocasiones deriva en enfoques y procedimientos divergentes. En términos de la Ley de Salud Mental, el andamiaje legal y administrativo de la Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes habilita procedimientos y tiempos que en muchas ocasiones se distancia de los tiempos subjetivos de las infancias y adolescencias. La garantía de derechos desde una perspectiva clínica y terapéutica entra en tensión con los procedimientos jurídicos de la legislación de protección integral.

Desacuerdos en los criterios de intervención: con frecuencia surgen tensiones en las instancias de articulación, construcción de acuerdos y planificaciones conjuntas. Estas tensiones se expresan en decisiones claves del proceso de atención. A modo de ejemplo se pueden mencionar los desacuerdos ante la toma de MPI o MPE; si existe o no criterio de intervención para una chica o chico que llega a la guardia desde una institución de Niñez (se ponen en juego allí diferentes percepciones y/o criterios de evaluación acerca de si representa riesgo para sí o para terceros). Asimismo, se encuentran desacuerdos frente a los criterios de alta; sobre las condiciones para tramitar un CUD (Certificado Único de Discapaci-

dad) y en las modalidades para planificar y llevar adelante los egresos.

- **Los cuidados en la instancia de internación:** El acompañamiento, en aquellos casos en que no hay referentes familiares disponibles, demanda logísticas de cuidados interinstitucionales que en ocasiones —y según las particularidades de las regiones— también presentan tensiones.

Cuando la internación se produce en el marco de una MPE, la Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia (DPNAyF) correspondiente debe garantizar Acompañantes Personalizados durante la estadía hospitalaria, presentándose según las ocasiones mayores o menores niveles de dificultad para la concreción de los acompañamientos. En cambio, en las internaciones vinculadas a Medidas de Protección Integral (MPI), donde la DPNAyF no tiene intervención formal, el acceso a estas figuras resulta significativamente más complejo. En este escenario, las resoluciones dependen en gran medida de los recursos disponibles y de los vínculos institucionales e interinstitucionales existentes. En algunos casos, la propia Dirección de Niñez aporta personal de acompañamiento, en otros, especialmente en hospitales municipales de la ciudad de Rosario, se han establecido convenios con cooperativas de cuidadores, o bien -en el caso de un efector provincial de la misma ciudad- se ha recurrido al pago de horas de cuidado con recursos del propio hospital.

- **Las temporalidades:** Los equipos señalaron como punto crítico las internaciones prolongadas de adolescentes en situación de alta vulnerabilidad social, especialmente quienes no cuentan con cuidados parentales o se encuentran en situación de calle. En

estos casos se ponen en evidencia tensiones entre el sistema de salud y el sistema de protección de derechos, tanto con los servicios locales como con las Direcciones de Niñez. Son frecuentes las situaciones en las que el efector de salud considera finalizada su intervención en el ámbito hospitalario, mientras que las áreas de niñez aún no han logrado construir estrategias de egreso, o bien las alternativas disponibles no resultan consistentes con la situación en curso. Esta permanencia prolongada genera dilemas éticos y efectos iatrogénicos al transformar al hospital en un espacio de alojamiento.

● **La construcción del egreso:** Gran parte de las disputas y dificultades que surgen en el entorno hospitalario con infancias y adolescencias sin cuidados parentales están íntimamente relacionadas con la vacancia existente en el ámbito comunitario e institucional de espacios de protección y de salud dispuestos y preparados para recibir y acompañar a estas chicas y chicos. En gran medida las estrategias de externación se postergan o se construyen con muy pocos recursos disponibles, que no siempre son los adecuados a las necesidades de las niñas, niños y adolescentes.

b Los abordajes de salud mental en las instituciones de acogimiento

El abordaje de la salud mental en los espacios de acogimiento oficiales y en convenio con la SDNayF debe constituirse como uno de los ejes transversales del trabajo institucional. Si bien se vienen generando modificaciones al interior del sistema de acogimiento institucional —lo cual se plasma en gran medida desde 2024 a la actualidad en el cierre propiciado por la SDNayF de algunos centros residenciales que funcionaban con graves irregularidades y la apertura de nuevos (con diferentes resultados)— persisten dificultades. Por un lado, se observa que se precisa una mejor formación de los equipos y del personal de acompañamiento en las prácticas de cuidado con perspectiva de derechos, por otro, se necesitan mejoras en las infraestructuras de los espacios y en las redes institucionales y comunitarias para acompañar las trayectorias vitales de quienes viven en estos espacios.

El padecimiento subjetivo de infancias y adolescencias en muchas instituciones de

acogimiento aún es temido y/o rechazado, mientras que —paradójicamente— la experiencia y las estadísticas muestran que el mayor porcentaje de padecimientos se dan entre aquellas personas cuyos derechos han sido gravemente vulnerados, como el caso de niñas, niños y adolescentes con una MPE.

De este modo, resulta fundamental que el personal de los centros residenciales adopte la perspectiva de derechos humanos de salud mental, como así también la formación para la prevención, detección e intervención en situaciones de crisis subjetivas. Se requieren herramientas que permitan identificar qué tipo de manifestación se está presentando, cómo es mejor actuar, si es posible contener la situación con los recursos disponibles en el momento o es necesario solicitar la intervención de algún/a referente de salud institucional o un servicio de emergencia.⁴³

⁴³ Véase Recomendación N° 10 de la Defensoría Nacional de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (2024) y Gonzalez y Bein (2025).

Asimismo, queda mucho por avanzar en lo que refiere a la interacción entre los equipos de los centros residenciales como los equipos de los efectores de salud. Ante situaciones críticas de chicas y chicos en las que desde los dispositivos de acogimiento apelan a los hospitales, suelen abrirse terrenos de disputas —interinstitucionales, profesionales y morales— acerca de qué son y qué no son crisis subjetivas, la pertinencia o no de las internaciones y el tiempo de internación necesario para la estabilización de las chicas y chicos, quienes quedan en medio de dichas tensiones.

Como se viene señalando, esto evidencia profundas dificultades para el trabajo conjunto. Deberían ejercitarse más y mejores instancias de transmisión de herramientas terapéuticas y accesibilidades desde Salud a Niñez respecto de cada situación, como asimismo resulta fundamental que desde los organismos de Niñez y Adolescencia se garantice la documentación, información y acompañamiento de adultos referentes para que en los efectores se pueda intervenir de manera adecuada.

Para atender a la complejidad que reviste la salud mental, la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia promovió la apertura de un dispositivo en la ciudad de Rosario en el mes de agosto de 2025 y otro en Santa Fe en el mes de marzo de 2026, los cuales pueden ser considerados como antecedentes estratégicos e importantes para el acompañamiento individualizado a adolescentes con padecimientos subjetivos y problemáticas de consumo, como también para la construcción de redes interinstitucionales.

Se trata de un convenio con la Fundación SEDHA⁴⁴ para la puesta en marcha de un centro terapéutico dedicado a trabajar con adolescentes que se encuentran en el sistema de protección.⁴⁵ El plantel profesional se compone de la coordinadora y fundadora de SEDHA y de las disciplinas de psicología, trabajo social y acompañamiento terapéutico. Se diseñan planes individualizados para cada joven, quienes asisten dos o tres veces por semana en distintos horarios y en grupos reducidos. Las propuestas se organizan dentro de la casa y en el espacio público, tanto individuales como colectivas. Asimismo, el equipo profesional asiste a los diferentes espacios institucionales donde se encuentran las y los adolescentes: centros residenciales, hospitales, centro de detención,⁴⁶ etc. Se apuesta a la articulación con estos espacios para las estrategias de acompañamiento y de egresos progresivos de los efectores de salud, adecuadas a las necesidades y particularidades de cada adolescente.⁴⁷

Resulta fundamental avanzar en estrategias de desestigmatización de las infancias y adolescencias con padecimientos subjetivos, tanto dentro del sistema de salud como del sistema de protección para evitar situaciones de expulsión o resistencia a recibirlas. Simultáneamente, se torna necesario entablar canales de comunicación y procesos de trabajo que colaboren en reducir malestares y distancias institucionales y profesionales entre los equipos de las distintas áreas, ya que dichas prácticas abonan a la reproducción del sistema adulto-céntrico que es imprescindible erradicar.

⁴⁴ Para más información consultar la web institucional de SEDHA.

⁴⁵ La misma Fundación ya cuenta con otro centro terapéutico en la ciudad de Rosario destinado a personas mayores de edad, en convenio con APRECOD.

⁴⁶ Esto se debe a que en algunas ocasiones jóvenes del sistema de protección han estado detenidos en el Centro Especializado de Responsabilidad Penal Juvenil (CERPJ).

⁴⁷ Entrevista realizada a la directora de la Fundación SEDHA.

c El alojamiento en situaciones complejas. Estrategias y responsabilidades interministeriales

La Ley N° 26.657 establece que las internaciones por motivos de salud mental deben realizarse en los efectores generales (art. 28), por el menor tiempo posible (art. 15), en pos de garantizar la estabilización subjetiva y avanzar hacia un plan de acompañamiento ambulatorio. La Ley especifica en su art.15 que en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Terapéuticamente se entiende que construir y sostener el proceso de estabilización durante la internación implica desde el inicio trabajar la estrategia de egreso, y que ésta se concrete en tiempos acordes. En ello resulta fundamental considerar qué condiciones subjetivas y materiales existen o se deben garantizar para el egreso, de modo de evitar nuevas vulneraciones.

Algunas situaciones de padecimiento de niñas, niños y adolescentes —sobre todo adolescentes— en el sistema de protección revisten especial complejidad y exigen disponibilidad y compromiso de parte de las áreas gubernamentales involucradas para ensayar y crear los espacios propicios para su acompañamiento. Se trata de situaciones de gravedad y baja prevalencia, pero que cuando emergen ponen en jaque tanto al sistema de salud como al de protección, debido a la letanía para construir acuerdos políticos y la puesta en marcha de proyectos conjuntos. Estas dificultades han llevado a que adolescentes pasen años viviendo en hospitales por motivos de salud mental, e incluso en clínicas de salud mental privadas, cuyas plazas son financiadas por el Estado. El presente relevamiento no incluyó de manera exhaustiva la internación en el ambi-

to privado de niñas, niños y adolescentes por motivos de salud mental, quedando pendiente para siguientes instancias de relevamiento. En las consultas que se han realizado a clínicas privadas de salud mental en Rosario y Santa Fe se indicó que excepcionalmente se producían internaciones de menores de 18 años en estos espacios monovalentes, ya que siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Mental deben ser atendidos en los sanatorios polivalentes. Sin embargo, desde la Defensoría se abordan situaciones en que preadolescentes y adolescentes son internados en clínicas de salud mental privadas. En una entrevista realizada con los directivos de un efector de este tipo se señaló que las internaciones de menores de 18 años no solían extenderse en el tiempo, a excepción de quienes se encontraban transitando el sistema de protección, en ocasiones superando los 2 años de internación. Los entrevistados señalaron que las dificultades para la externación no se debían a ausencia de criterios de alta, sino a dificultades para garantizar dónde vivir en la instancia ambulatoria. Según lo investigado, estas internaciones eran gestionadas y cubiertas económicamente desde los efectores de salud públicos o las áreas de gestión de salud mental, ya sea provincial o municipal.⁴⁸

Como otra respuesta institucional dentro del mismo sistema de cuidados, en 2025 la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia inauguró un espacio residencial en la ciudad de Rosario adecuado a las necesidades subjetivas de una adolescente que llevaba muchos años de internación. Desde su proyección, puesta en marcha y hasta la actuali-

⁴⁸ Entrevista realizada a directores de la Clínica Avenida de la ciudad de Rosario.

dad, las instancias de articulación con Salud Mental han sido más o menos fructuosas, según los efectores y las áreas respectivas de intervención en los diferentes momentos. Si bien las intermitencias políticas e institucionales entre estas esferas de gestión repercuten en la garantía de acceso a la salud y los demás derechos de la adolescente involucrada, resulta destacable y alentador que esta experiencia se esté llevando a cabo. Esto es así porque existen otras situaciones con larga data de internación de adolescentes que continúan esperando respuestas interinstitucionales e integrales. De este modo, la experiencia desarrollada en Rosario no sólo debe fortalecerse y mejorarse sino servir de antecedente para la creación de otros espacios de cogestión o colaboración

interministerial que alojen en sentido integral y respetuoso de los derechos humanos a las infancias y adolescencias más comprometidas subjetivamente, permitiéndoles desarrollar su vida fuera del ámbito hospitalario.

La SDNAyF es responsable por el cuidado de las niñas, niños y adolescentes con MPE, sin embargo garantizar sus derechos integralmente requiere del involucramiento de todos los actores estatales del sistema de protección. Los marcos legales están disponibles para la concreción de dispositivos —incluso habitacionales— conjuntos, cada uno aportando desde la especificidad que se requiere para intervenir de manera pertinente en las problemáticas que la actualidad está imponiendo a estas infancias y adolescencias.

LA INTERSECTORIALIDAD EN EL ACCESO INTEGRAL AL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.



Articulaciones en el Sistema de salud

- El primer nivel de atención primaria de salud registra dificultades para sostener la atención en salud mental. Cuenta con pocos profesionales especializados y/o disponibles para atender infancias y adolescencias, predominando condiciones laborales deficientes.
- En algunas zonas de la provincia no hay perfiles específicos para la atención en salud mental.
- Continúa primando la instancia terapéutica individual como propuesta de abordaje, lo cual genera saturación del sistema e inaccesibilidad a espacios de salud mental.
- Las guardias de segundo y tercer nivel se convierten en la principal vía de ingreso de gran parte de las situaciones, invirtiendo el flujo de ingreso tal como está diseñado el sistema. A su vez, resulta dificultoso enlazar las estrategias ambulatorias posteriores con el primer nivel de atención.



La intersección entre el Sistema de Protección y el Sistema de Salud

- Uno de los aspectos más complejos en los procesos de internación por salud mental se genera cuando no hay familia disponible para los cuidados en el hospital y luego del egreso.
- Se evidencia la necesidad de mejorar la articulación para acompañar la internación y preparar el egreso, entre las áreas de niñez -locales y provinciales- y el sistema de salud.
- La fragmentación en los abordajes entre las áreas de niñez y salud se ve expresada en tensiones en las lógicas de intervención de cada área, particularmente referida a los tiempos terapéuticos de las niñas, niños y adolescentes y los del sistema de protección.
- Se encuentran dificultades para transversalizar el enfoque de derechos en salud mental en las prácticas de cuidado dentro de las instituciones de acogimiento.
- Se registra debilidad de las políticas que deben intervenir en el abordaje de consumos problemáticos en infancias y adolescencias.

2.2 Impactos de los consumos problemáticos

a Emergentes de los consumos problemáticos en los hospitales

Entre los motivos de atención en guardia e internación en infancias y adolescencias, los casos de consumo problemático se presentaron como uno de los más recurrentes y de aumento sostenido en los hospitales, con mayor incidencia en los adolescentes varones. Asimismo, los equipos identificaron situaciones asociadas al consumo que involucran a otros grupos poblacionales que comenzaron a adquirir mayor visibilidad en el territorio. En particular se señaló el incremento de mujeres embarazadas y madres jóvenes, cuyos bebés presentan resultados positivos en los análisis toxicológicos, especialmente en el marco de la lactancia.⁴⁹ Los equipos remarcaron la importancia de que en las internaciones por consumos el hospital intervenga mientras haya criterio de internación -en pos de estabilizar subjetivamente- para que luego la asistencia continúe en el ámbito ambulatorio de la red de salud y protección. En estas instancias el hospital suele funcionar como un espacio transitorio de rescate: un lugar para descansar, acceder a medicación o gestionar turnos antes

del egreso. Con frecuencia las y los adolescentes se retiran sin criterio de alta, en decisiones impulsivas, ya que la internación —por su carácter acotado— difícilmente logra convertirse en un punto de partida que habilite otras alternativas o proyectos vitales que rompan la serie en su trayectoria.⁵⁰

Frente a este estado de situación se identificaron diferentes tipos de prácticas en los efectores, desde aquellas orientadas a la estabilización subjetiva, la reducción de daños y el acompañamiento ambulatorio en articulación con los recursos disponibles, hasta respuestas que devienen expulsivas frente a la reiteración de situaciones disruptivas.

De allí la importancia de la red, otros lugares disponibles que puedan ir anclando en estas subjetividades juveniles. Pero como se ha visto, estos cuidados sistémicos difícilmente pueden ser llevados adelante. Al respecto se registró una importante preocupación en relación a la ausencia de dispositivos para abordar los consumos problemáticos en el ámbito comunitario con las personas menores de 18 años.

b Comunidades terapéuticas y sistema de protección: antecedentes críticos

Al momento de redacción de este informe la SDNAyF mantenía convenio sólo con una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Rosario, destinada a adolescentes varones con una MPE. No obstante otros ingresos pueden darse a instituciones terapéuticas vía los convenios de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), en acuerdo con la Secretaría de Niñez.

Estas instituciones suelen tener perfiles con regulaciones de funcionamiento y de restricción de la circulación ambulatoria -al menos en algunas fases del tratamiento- que entran en tensión con el paradigma de la protección integral de niñas, niños y adolescentes y con la Ley de Salud Mental. Como agravante, se han relevado situaciones de adolescentes internados en estos espacios donde el consumo no era la

⁴⁸ Esta preocupación fue expresada principalmente por los equipos de los hospitales de Venado Tuerto y Rafaela.

⁵⁰ Entrevista realizada con el Instructor de RISAM del Hospital Eva Perón.

principal problemática que afectaba sus trayectorias, sino la necesidad del sistema de alojarlos en espacios de carácter restrictivo, frente a la ausencia de otros dispositivos de acogimiento adecuados a sus necesidades. La Defensoría ha realizado monitoreos de las instituciones con las que la SDNayF ha conveniado en años anteriores, tanto en el territorio provincial como en la provincia de Buenos Aires. De manera particular los convenios con comunidades terapéuticas que se celebraron fuera de la provincia de Santa Fe entre 2016 y 2023 presentaban irregularidades iniciales en el hecho de trasladar a las y los adolescentes a grandes distancias de sus entornos familiares, comunitarios y equipos profesionales. Como agravante, se produjeron situaciones de malos tratos, graves vulneraciones de derechos y desenlaces trágicos.⁵¹ Estos convenios se fueron reduciendo entre 2022 y 2023, año en que la SDNayF terminó de dar de baja el último convenio en la provincia de Buenos Aires. En marzo de 2023, unos meses antes del cese del convenio con la última comunidad, la DNNyA emitió la Resolución de Recomendación N°55, dando cuenta de todas las in-

tervenciones realizadas desde este organismo en materia de apostar al fortalecimiento de las redes de salud mental y consumo problemático y situando cada una de las vulneraciones de derechos detectadas en las comunidades terapéuticas. Allí se recomendaba, en su artículo primero, que el Poder Ejecutivo, a través de las áreas que correspondan, “arbitre los medios necesarios para disponer en la provincia de Santa Fe, de un plan o programa provincial que contemple dispositivos suficientes de atención ambulatoria y/o con alojamientos públicos o privados -según la necesidad- para el tratamiento y abordaje de consumos problemáticos y padecimiento de salud mental que garanticen el acceso a la salud, a la protección especial de niñas, niños y adolescentes y cumplan con los lineamientos de las Leyes Nacionales N° 26.657, N° 26.529, N° 26.061 y provinciales N° 12.967 y N° 10.772”.⁵²

Si bien la finalización de este tipo de convenios supuso un avance significativo, como ya se ha mencionado, persisten vacancias en la oferta de dispositivos adecuados para el acompañamiento tanto ambulatorio como residencial.

c Vacancias en las políticas de consumo problemáticos destinados a infancias y adolescencias

Resulta evidente que el escenario descrito demanda abordajes programáticos e integrales entre las áreas de Salud e Igualdad y Desarrollo Humano en todo el territorio provincial.

A nivel provincial la política relativa a consumos problemáticos se reúne en torno a la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), dependiente del Minis-

terio de Igualdad y Desarrollo Humano. La Agencia cuenta con un Centro de Orientación y Atención Virtual y con una red de convenios de centros de día y espacios terapéuticos (algunos con internación) con municipios, comunas y organizaciones de la sociedad civil. Esta red se encuentra mayoritariamente orientada a personas adultas, siendo escasas las instituciones convenia-

⁵¹ En 2017 se presentó la [Resolución de Recomendación N° 126](#) a la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia para que, entre otras acciones, disponga el traslado progresivo al territorio santafesino de los adolescentes que se encontraban institucionalizados en la provincia de Buenos Aires.

⁵² [Resolución 055/23](#). Recomienda al Poder Ejecutivo de la provincia de Santa Fe el diseño de acciones para el abordaje integral de la salud mental y del consumo problemático de sustancias en niñas, niños y adolescentes.

das que trabajan específicamente con adolescentes, situación que depende en gran medida de los vínculos interinstitucionales contruidos a nivel local.

En ese sentido, el informe del Observatorio Provincial de Consumos Problemáticos de Santa Fe (APRECOD, 2025) muestra la distribución de las situaciones abordadas según grupo etario. En 2024 el 9% de las atenciones de carácter ambulatorio correspondieron a la franja etaria de 15 a 20 años, mientras que el 58% correspondió a la franja de 21 a 38 años. En sintonía, en Rosario, desde la Agencia de Prevención y Abordajes de Consumos Problemáticos de la Municipalidad, se comunicó que sólo el 5% del conjunto de llamadas recibidas se refirieron a adolescentes de entre 14 a 17 años.⁵³

Por su parte, desde efectores de salud y organizaciones sociales con las que esta Defensoría trabaja refieren que la caída en la atención a infancias y adolescencias por parte de los organismos específicos de consumos problemáticos se podrían relacionar, por un lado, a la desafiliación institucional y comunitaria de las niñas, niños y adolescentes y sus familias y, por otro, a la ausencia de dispositivos que los convoque y contenga. De este modo, es posible **inferir la existencia de un subregistro más que la ausencia de esta problemática en la población de menor edad.**

La Provincia cuenta con una disponibilidad considerablemente mayor de instituciones de atención ambulatoria que de internación: el informe del Observatorio detalla que en

2024 se dispuso de 1065 plazas de modalidad ambulatoria mientras que 287 eran de modalidad residencial. Ello resulta alentador y esperable en el marco de la Ley de Salud Mental, priorizando los tratamientos en los ámbitos familiares y sociales en los casos de prevención temprana y acotando las instancias de internación a los casos más críticos. No obstante, esta configuración plantea obstáculos para aquellas situaciones que no cuentan con contención familiar y atraviesan situaciones de alto riesgo asociadas al consumo u otras problemáticas sociales. Al momento de concretar intervenciones se evidencia una vacancia de dispositivos de alojamiento o internación que brinden contención terapéutica, afectiva y material adecuada y en sintonía con el marco normativo vigente. Incluso, se constata que en ocasiones las agencias del Estado responsables de intervenir y generar medidas de protección interponen resistencias, por no contar con los dispositivos adecuados a las circunstancias de las y los jóvenes, lo cual reviste una enorme gravedad institucional.

El contexto descrito da cuenta de la importancia y priorización que requiere la adecuación normativa y programática entre la Subsecretaría de Salud Mental (Ministerio de Salud) y APRECOD (Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano), para con ello avanzar en la generación de estrategias conjuntas con los organismos de protección de infancias y adolescencias de los municipios y la Provincia.

⁵³ Rosario 3: "Alertas por el consumo de drogas en niños: la Municipalidad no tiene registros de menores de 12". 13/09/2025.

Sobre adolescentes y jóvenes

A lo largo del recorrido de este informe queda en evidencia la importancia de revisar tanto el diseño como la implementación de políticas públicas orientadas a la población preadolescente y adolescente.

Las estadísticas aportadas por la Subsecretaría de Salud Mental muestran que los egresos relativos a internaciones relacionadas con salud mental se van incrementando a medida que se avanza en edad, siendo la franja de 15 a 17 quienes mayores egresos presentan. Entre las causales más frecuentes aparecen el consumo de sustancias (especialmente en las edades de 15 a 17 años), las lesiones autoinflingidas, trastornos relacionados con ansiedades, miedos desproporcionados, fobias, obsesiones, síntomas físicos sin causa orgánica explicable.

Durante este proceso se registra una profunda desafiliación de las instituciones que deberían acompañar a estas niñas y niños y sus familias en sus cuidados. Estas infancias crecen y se complejizan sus padecimientos para los cuales pareciera que el Estado no puede construir respuestas acordes ni diseños institucionales capaces de reparar o acompañar las situaciones.

En este sentido es preciso revisar el diseño y la implementación de las políticas públicas de salud mental para que acompañen a niñas y niños en su desarrollo y crecimiento, las cuales no deben estar concentradas únicamente en tratamientos terapéuticos sino en el despliegue de acciones que apunten al fortalecimiento de las redes comunitarias y la reparación de lazos sociales, donde el rol del Estado en sus distintos niveles y sectores emerge como actor fundamental para la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Consideraciones finales

Este informe pone de relieve las graves dificultades que existen en los sistemas de cuidados para infancias y adolescencias con padecimientos de salud mental. Las instancias de internación en particular resultan una clave de análisis que permite dimensionar el funcionamiento del sistema en su conjunto. Allí se expresan labilidades y vacancias en los procesos previos para garantizar estrategias de cuidados integrales; de hecho, gran parte de las veces estas internaciones son una muestra cabal de todo lo que no estuvo disponible antes para las niñas, niños

y adolescentes. A su vez, las internaciones también interpelan sobre el después, qué hay y qué se necesita para ellas y ellos una vez transcurrido el momento de estabilización subjetiva en los hospitales.

De este modo, resulta evidente la importancia —y premura— de producir políticas de carácter integral que se orienten a la construcción de planes de cuidados singulares y adecuados a las necesidades reales de las infancias y adolescencias.

Algunos de los puntos relevantes a destacar son:

Impactos de la desafiliación social y comunitaria

Las guardias de los hospitales funcionan en gran medida como la puerta de entrada al sistema de salud para infancias y adolescencias con padecimientos subjetivos. Ello muestra un proceso invertido en relación al diseño de la política de salud, donde se espera que los primeros enlaces y seguimientos de atención sean en los ámbitos comunitarios a través de los centros de atención primaria. La ausencia de referencia previa —o vínculos muy debilitados— con el primer nivel expresa procesos de desafiliación social, comunitaria e institucional que comprometen cada vez más las condiciones de cuidado hacia las infancias y adolescencias

vulneradas desde etapas tempranas. En este escenario, los hospitales encuentran con mayor frecuencia dificultades y limitaciones para construir redes, referencias y estrategias al momento del egreso.

Fortalecer el primer nivel de salud —en disponibilidad de personal y recursos, accesibilidad territorial, dispositivos interdisciplinarios y capacidad de intervención temprana— se constituye como una condición indispensable para otorgar continuidad a las trayectorias de cuidado, en corresponsabilidad con otras áreas gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

Las vulneraciones de derechos como factor de alta incidencia en los padecimientos subjetivos

La información cualitativa y cuantitativa relativa a las internaciones por motivos de salud mental en infancias y adolescencias da cuenta de la íntima asociación con trayectorias y experiencias de vulneraciones. Así lo muestra la desagregación por franjas etarias que ofrecen las estadísticas provinciales a través de los diagnósticos de egresos. Se registra que en la franja de edad de 0 a 9 años predominan situaciones de agresiones, abuso sexual y síndromes de maltrato; para la franja de edad de 10 a 14 años se destacan diagnósticos vinculados a trastornos neuróticos, por estrés y síntomas o cuadros clínicos relacionados con ansiedades, miedos, fobias, obsesiones, entendidos como síntomas físicos sin causa orgánica explicable una vez estudiados; mientras que en la franja de 15 a 17 años prevalecen las situaciones de consumo. A su vez, en el conjunto de las franjas entre 10 y 17 años aparece como tercer motivo las lesiones autoinflingidas. Resulta de suma importancia analizar el impacto de las vulneraciones de derechos en los padecimientos subjetivos y su derivación en internaciones, ya sea que

operen como disparadores de dichos padecimientos o como condicionantes o agravantes de estos procesos.

El abordaje de los padecimientos de infancias y adolescencias responde de manera fundamental al ejercicio real de los derechos. De este modo, el acceso a tratamientos y dispositivos terapéuticos resulta un componente fundamental que requiere ser potenciado y fortalecido, pero de ningún modo puede ser considerado como la herramienta excluyente en los abordajes de salud mental. Por lo demás, resulta paradójico el hecho de que los espacios individuales constituyan la propuesta terapéutica más usual para infancias y adolescencias, al tiempo que se constata la falta de disponibilidad de turnos en el sector público acorde a esta demanda.

Sin políticas que garanticen derechos y que intervengan sobre las condiciones estructurales que producen y profundizan los malestares subjetivos, el sistema de salud continuará recibiendo en la urgencia aquello que el Estado no logró acompañar de manera preventiva e integral.

Importancia de la construcción de información epidemiológica

El relevamiento realizado mostró dificultades en los procesos de carga, sistematización e integración de datos, generando subregistros de información. Entre otros aspectos, esto dificulta identificar con precisión la demanda actual y potencial a atender y en consecuencia definir los recursos requeridos en salud mental. Tal como está planificado, avanzar hacia un sistema de

registro unificado, que permita construir historias clínicas únicas posibilitará mejorar niveles de atención y tener un conocimiento epidemiológico acabado de la población atendida, lo cual es fundamental para un monitoreo y evaluación de las políticas públicas en vistas a garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

Sería importante considerar los procesos entendidos en algunos efectores de construcción de datos sobre la atención en salud mental de infancias y adolescencias, los cuales pueden aportar, a su vez, a la mejora del sistema de protección de cuidados en su conjunto. **Desde la Defensoría se considera prioritario a futuro acceder a información desagregada**

por franjas etarias, género y áreas geográficas en los distintos niveles de gobierno y organismos que trabajan la temática. La ausencia de datos publicados y diferencias en la construcción de criterios dificulta la posibilidad de arribar a un mejor entendimiento de los motivos y procesos de padecimientos subjetivos en las niñas, niños y adolescentes.

Ley N° 26.657: su implementación en el ámbito hospitalario

● **Enfoque de derechos en las prácticas de salud mental:** Persisten brechas en la apropiación de los principios de la Ley de Salud Mental en el ámbito hospitalario, lo que evidencia la necesidad de continuar promoviendo instancias de sensibilización y formación en las demás disciplinas y perfiles laborales que trabajan allí —con especial énfasis en los sectores de enfermería, pediatría y clínica general— de modo de transversalizar fehacientemente el enfoque de derechos humanos en las prácticas de salud.

● **Interdisciplinariedad:** Avanzar en clave interdisciplinaria en la conformación de los equipos de salud mental implica algo más que la presencia de distintas especialidades. Requiere instancias de construcción conjunta de criterios y definición de decisiones que permitan situar los diagnósticos dentro del entramado social, familiar e institucional a fin de evitar lecturas fragmentadas de problemáticas que son estructuralmente complejas.

En relación a la psiquiatría infantil, se verifica un déficit de profesionales en el ámbito público, concentración en las grandes urbes como Rosario y Santa Fe y mayor presencia en hospitales generales en detrimento de pediátricos, como es el caso de la ciudad de Santa Fe. Ello muestra una distribución inequitativa de esta especialidad, que queda desfasada de las necesidades del territorio provincial y de la especificidad de los efectores.

● **Infraestructura hospitalaria:** La adecuación espacial se revela no sólo como una limitación operativa, sino como un aspecto central que condiciona las posibilidades reales de implementación del enfoque de derechos que propone la Ley. Las interacciones no se reducen a la mera disponibilidad de camas, sino que se requiere garantizar espacios seguros y adecuados. Pensar la infraestructura como parte constitutiva de los procesos de cuidado por padecimiento subjetivo supone asumir que los espacios —cómo, cuándo y con quiénes se comparten— condicionan las modalidades de intervención y producen efectos concretos en las niñas, niños y adolescentes y en el trabajo de los equipos de salud.

● **Direccionalidad de la política pública:** La implementación de la Ley resulta variable entre los distintos efectores y en la distribución territorial de la provincia de Santa Fe, ofreciendo un mapa hospitalario atravesado por inequidades en el acceso a las atenciones de salud mental para infancias y adolescencias. Lo relevado y analizado en este informe resulta indicador de procesos sujetos a las decisiones de gestión de los equipos directivos y los niveles de incidencia que puedan darse los equipos/servicios en cada hospital, más que de líneas programáticas diseñadas y coordinadas desde las áreas de gestión de salud mental en función de las necesidades del sistema.

El desafío radica en avanzar hacia criterios comunes de implementación que reduzcan brechas entre efectores, orienten la planificación según la demanda territorial y garanticen estándares de funcionamiento en toda la Provincia que permita asegurar condiciones equitativas de atención en salud mental para las infancias y adolescencias en el territorio santafesino.

Derecho a la salud mental. Condiciones para la integralidad de los cuidados

Al centrar su foco de análisis en las interacciones por motivos de salud mental, este informe pone en particular tensión las vacancias de integralidad entre las políticas de salud mental, de protección de las infancias y adolescencias y de abordaje de consumos problemáticos, tanto en modalidades ambulatorias como residenciales.

Dado el contexto que se ha descrito, apelar a la articulación entre el Ministerio de Salud y el de Igualdad y Desarrollo Humano para acompañar a niñas y adolescencias atravesadas por padecimientos subjetivos ya no resulta suficiente para cambiar las condiciones actuales en materia de cuidados y acceso a derechos. **El estado de situación demanda una matriz política distinta, orientada a un sistema de cuidados en el**

que la protección, la salud, la educación, la recreación y la habitacionalidad se entiendan como aspectos inescindibles que necesitan el involucramiento real de las áreas de gestión, no a modo de colaboración o territorios estancos de intervención.

Se advierte la necesidad de una planificación conjunta sostenida en el tiempo, con marcos de intervención previsible, que se inscriban en acuerdos institucionales claros en materia de disponibilidad de recursos, dispositivos y competencias. Esto supone consolidar instancias de trabajo interinstitucional que permitan abordar los diferentes niveles de complejidad que se presentan, cuidando las singularidades de las situaciones, sin que ello signifique multiplicar dispositivos singulares para cada niña, niño y adolescente.

La Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes sostiene que la Ley N° 26.657 no debe ser modificada en sus aspectos sustanciales, sino valorizar su andamiaje normativo y garantizar los recursos presupuestarios, materiales y profesionales para obtener mejores logros en su implementación.

El abordaje de los padecimientos de salud mental en infancias y adolescencias coloca sobre la mesa discusiones sensibles que requieren ser profundizadas en diálogo con la defensa del marco normativo de la Ley 26.657 y con las necesidades concretas que emergen de las situaciones abordadas. Estos debates y la construcción de propuestas deben estar orientados, sin dudas, a generar condiciones necesarias para que el derecho a la salud mental de las infancias y adolescencias pueda traducirse progresivamente en experiencias de cuidados integrales, accesibles y equitativas en todo el territorio provincial.

Fuentes consultadas

Bibliografía

Aguirre, L. (2022). Breve historia de los primeros hogares en la ciudad de Santa Fe, desde 1920 hasta su actualidad performativa en 2020, en el cuidado y la crianza de las infancias institucionalizadas. . INFEIES RM Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es) Año 11 No. 11. ISSN 2250-7167, Investigaciones pp. 1-39.
Disponible en: <http://www.infeies.com.ar>

APRECOD. (2025). Informe El Observatorio Provincial de consumos problemáticos de Santa Fe. Disponible en <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/280844/1454143/file/Informe%20Observatorio%20Santa%20Fe%2028-04.pdf>

Barcala, A. Et Alt. (2020). La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina: mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina. INFEIES - RM Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es). Año 9 No. 9, 2020. ISSN 2250-7167, Investigaciones pp. 2-28. Disponible en: <https://infeies.com.ar/numero9/bajar/1.1.Barcala%20et%20all..pdf>

Barcala, A.; Poverene, L. (2019). Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias. 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. ISBN 978-987-4937-30-8.

Defensoría de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes de la República Argentina. (2024). Recomendación 10. Sobre el derecho de las niñas, niños y adolescentes con padecimientos en salud mental al disfrute de una vida plena. Disponible en: https://ladefe.gob.ar/tipo_de_documento/recomendaciones/

Defensoría del Pueblo de Santa Fe. (2025). Informe anual 2024. Disponible en: https://www.defensoriasantafe.gob.ar/system/files_force/adjuntos/informes/resumen_2024_0.pdf?download=1

Faraone, S.; Barcala, A. (2020) A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo ISBN 978-987-723-257-8. Disponible en: <https://intercambios.org.ar/boletines/67/10-ley-nacional-salud-mental.pdf>

Faraone, S.; Valero, A.; Bianchi, E; Herrera, M. y Geller, Y. (2015). "El Paramí: nuevos sujetos, prácticas y saberes. Análisis sobre la construcción de una política de Salud Mental para niñas, niños y adolescentes en la provincia de Santa Fe". En Barcala; A. y Luciani Conde, L. (coord). Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2015. ISBN 978-987-723-043-7, pp. 2013-231. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/191862/CONICET_Digital_Nro.2639028e-88b4-4d67-b0cb-2e989d2d0e6b_B.pdf?sequence=2

Faraone, S.; Valero, A.S y Bianchi, E. (2015) "Salir del pantano". Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental. Derecho y Ciencias Sociales. Nº 12 (Violencias). Pgs 70-88 .ISSN 1852-2971. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/article/view/2142>

Fraile, E., Pallero, L. y Raviolo, P. (2024). Abordaje de las violencias, prevención del suicidio y promoción de la salud mental 1 : lineamientos para equipos de salud. - 1a ed - Rosario: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe. Libro digital, PDF.

Fraile, E., Pallero, L. y Raviolo, P. (2024). Abordaje de las violencias, prevención del suicidio y promoción de la salud mental 2 : experiencias de abordajes interministeriales para equipos de salud y educación. - 1a ed - Rosario: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe. Libro digital, PDF.

Garma, Maria E.; Castro Rojas, H. Ignacio (2013). La gestión de la política de asistencia y promoción social en Rosario (2003-2011). Revista Cátedra Paralela. Nº 10. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencia Política y RR.II. UNR; Colegio de Profesionales de Trabajo Social, 2ª Circunscripción Provincia de Santa Fe. ISSN 1669-8843, pp. 174-201. Disponible en: <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/241>

Gonzalez, R. y Bein, V. (2025). Estudiantes argentinos. Un llamado a la prevención en salud mental de adolescentes y jóvenes. Universidad Austral. Ciencias para la familia. Disponible en: <https://www.austral.edu.ar/wp-content/uploads/2025/09/Informe-Austral-Adolescencia-Salud-Mental-v5.pdf?x72445&x72445>

Guirado, C. y Gil, M. (2021). El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas. Revista de la Escuela De Antropología, núm. XXIX. Rosario: Escuela de Antropología - Facultad de Humanidades y Artes - UNR. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.143>.

Mesa de integración de información para la gestión. Dirección de Salud Mental. (2024). Egresos hospitalarios por problemáticas de salud mental en los efectores de salud Municipal. Rosario. Año 2022 - 2023. Municipalidad de Rosario.

Molina, M. (2012) La nueva ley de salud mental. Revista del Colegio de Magistrados y Funcionarios del Poder Judicial de la Provincia de Santa Fe. Año 2 Nº 2. Rosario: Colegio de Magistrados y Funcionarios del Poder Judicial de la Provincia de Santa Fe, pp. 60-77.
Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe. (2023). Resolución 990/23 "Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028). Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web-content/view/full/248907>

Pérez Moreno, R; Alonso González, I. M.; Gómez-Vallejo, S.; Moreno Pardillo, D. M. (2021). Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. Revista de Psiquiatría Infanto- Juvenil. ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271. Volumen 38, número 2, abril-junio de 2021. Madrid: Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, pp. 41-58. Disponible en: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/350/356>

Provincia de Santa Fe y Municipalidad de Rosario. (2022). Registro de atenciones ambulatorias. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/268830/1403924/file/Registro%20de%20Atenciones%20Ambulatorias%20en%20Salud%20Mental%20-%202022-06-22.pdf>

RISAM HEEP. (S/D). Atención por guardia de las crisis subjetivas en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria. período 2021-2022. Disponible en: <https://risamheep.com.ar/biblioteca/trabajos-estadisticos/item/16-atencion-por-guardia-de-las-crisis-subjetivas-en-el-heep-periodo-2021-2022>

Rodríguez Costa, L. (S/D). Breve historia de la RiSaM en el plano nacional y provincial. Disponible en: <https://risamheep.com.ar/la-residencia/historia>

SEDRONAR. (2025). Séptimo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza secundaria. Informe metodológico. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_metodologico_escolares_2025.pdf

Soldano, D.; y Beretta, D. (2021). "Momentos y procesos de la política social en el nivel subnacional. la ciudad de Santa Fe (1983–2016)". En Soldano, Daniela (dir.) Itinerarios del bienestar en espacios subnacionales La política social en la ciudad de Santa Fe (1983–2016). Santa Fe, Ediciones UNL. ISBN 978-987-749-316-0, pp. 20-61.

UNICEF. (2025). Análisis de la situación de la niñez y la adolescencia en la Argentina. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/27206/file/Resumen%20ejecutivo%20UNICEF%2015_12.pdf.pdf

Zingman, F. y Poverene, L. (2025). Adolescencias y salud mental: brechas y tensiones en las políticas públicas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundar. Libro digital, PDF. ISBN 978-631-6610-46-1. Disponible en: <https://fund.ar/publicacion/adolescencias-y-salud-mental-brechas-y-tensiones-en-las-politicas-publicas/>

Normativa citada y consultada

Decreto Provincial N° 1967. Derogación del Decreto N° 2737 (2024). Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=2024/2024-10-22decreto1967-2024.html>

Decreto Provincial N° 2737. Modificación parcial del Anexo I del Decreto N° 0619 del 30 de abril de 2010 (2022). Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=1452508&item=254754&cod=98b6ce86d4aad357795416b37a9873e7>

Defensoría del Pueblo. Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la provincia de Santa Fe. (2023). Resolución de Recomendación N° 55. Recomienda al Poder Ejecutivo de la provincia de Santa Fe el diseño de acciones para el abordaje integral de la salud mental y del consumo problemático de sustancias en niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <https://www.defensorianna.gob.ar/resources/original/archivos/Res%20055-23%20Recomendar%20al%20Poder%20Ejecutivo%20DNNyA.pdf>

Defensoría del Pueblo. Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la provincia de Santa Fe. (2023). Resolución de Recomendación N° 23. Recomienda al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe adecuar la redacción del decreto 619/10 a través de las modificaciones necesarias en consonancia con los principios de la Convención de los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.defensorianna.gob.ar/resources/original/archivos/Res%20023-23%20Recomendar%20al%20Ministerio%20de%20Desarrollo%20Social%20DNNyA.pdf>

Defensoría del Pueblo. Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la provincia de Santa Fe. (2017). Resolución de Recomendación N° 126. Recomienda a la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia que disponga un relevamiento de las niñas, niños y adolescentes bajo una Medida de Protección Excepcional, que se encuentran alojados en instituciones fuera del ámbito provincial. Disponible en: <https://www.defensorianna.gob.ar/archivos/res-126-17-exptes-dnnya-recomienda-a-subsecretaria-ninez.pdf>

Ley Nacional N° 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Ley N°26.061 (2005). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>

Ley Provincial N° 13.733. Órgano de revisión y promoción de derechos de los usuarios de los servicios de salud mental de la provincia de Santa Fe (2017). Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/verPdf.php?seccion=19-01-2018ley13733-2018.html>

Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N°12.967 (2009). Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/get-File.php?id=228107&item=109434&cod=8ac3a5bd85eee06f4a1c571a9cb8f599>

Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 (1991). Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/LeyProvincial10772.pdf>

Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobada el 20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, res. 44/25. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Resolución Provincial N° 990/23. Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907>

Reglamentación de la ley N° 10.772 Anexo único (2007). Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=101800&item=52222&cod=94eddc509f910b35a8b-da962d1fd924>

Recursos web

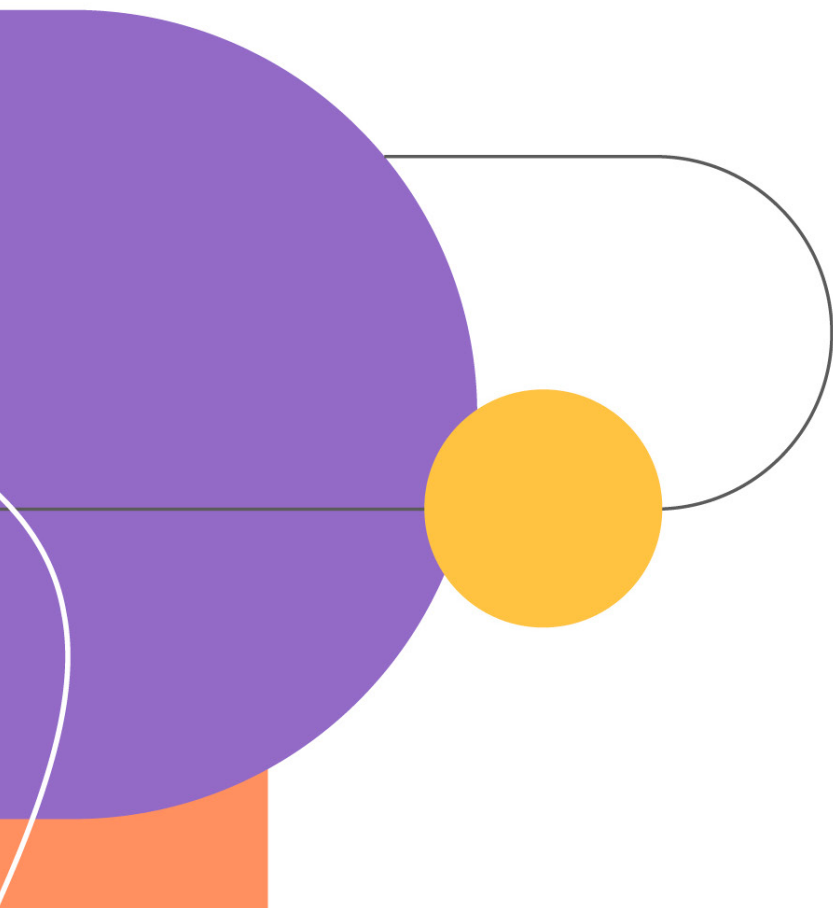
APRECOD. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/236206>

Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines. <https://aapi.org.ar/incumbencias.php>

Fundación SEDHA. <https://fundacionsedha.org.ar/>

Rosario 3. "Alertas por el consumo de drogas en niños: la Municipalidad no tiene registros de menores de 12" 13/09/2025. Disponible en: <https://www.rosario3.com/informaciongeneral/Alertas-por-el-consumo-de-drogas-en-ninos-la-Municipalidad-no-tiene-registros-de-menores-de-12-20250910-0040.html>

El Litoral. "Santa Fe avanza en un sistema propio de residencias médicas ante los cambios nacionales" 30/01/2026. Disponible en: https://www.ellitoral.com/educacion/santafe-residencias-medicas-profesionales-examen-mesa-interinstucional_0_pTb32o66K3.html



Defensor de Niñas, Niños y Adolescentes de Santa Fe

Juan Cruz Giménez

Director General Zona Sur

Gustavo Lorenzo

Directora General Zona Norte

Judith Galletti

Subdirección General de Investigación en Políticas Públicas Zona Sur

Laura Oliva Gerstner

Departamento de Investigación en Políticas Públicas Zona Norte

Priscila Sandaza

Equipo de relevamiento y trabajo de campo

María Florencia Álvarez Picco, Estefanía Invernizzi, María Micheloud, Lorena Narciso, Laura Oliva Gerstner, Priscila Sandaza y Julieta Taboga

Desarrollo de contenidos

María Florencia Álvarez Picco, Estefanía Invernizzi, Lorena Narciso y Laura Oliva Gerstner

Revisión General

Silvina Bertelli, Yael Geller y Juliana Sánchez

Edición y Comunicación

Virginia Luco, Florencia Bottazzi, Virginia Giacosa

Diseño

Chiara Scola



Defensoría de niñas,
niños y adolescentes.
PROVINCIA DE SANTA FE