

Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018

Quality of psychiatric hospitalization services in general hospitals in Argentina, 2018

Sara E. Ardila-Gómez¹, Marina A. Fernández¹, José Bertagni², Lucía Dinolfo³, Lucía Galíndez⁴,
Mónica Prado⁵, Melina L. Rosales¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112804

RESUMEN Objetivo: evaluar la calidad de atención en servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales desde los enfoques de derechos y comunitario. Métodos: estudio multicéntrico, observacional descriptivo. Se seleccionaron cuatro servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales ubicados en centros urbanos de distinta población en Argentina. En cada uno de ellos se analizaron los registros estadísticos, se realizaron observaciones no participantes y se entrevistó a gestores, trabajadores y usuarios. La guía de observación y entrevista se elaboró a partir de la revisión de instrumentos de la OMS y del proyecto Idea. Los resultados se analizaron a partir de las categorías de enfoque de derechos y orientación comunitaria de los servicios. Resultados: respecto del enfoque de derechos se observa que el que requiere mayor desarrollo es el de capacidad jurídica. En relación a la orientación comunitaria, se observa un mayor desarrollo de esta perspectiva a través de la implementación de diversas estrategias y el trabajo con las familias como la más común. Conclusiones: en términos de procesos y resultados de la atención se observan algunas diferencias entre los servicios que cuentan con sala especializada y los que no, y que estos últimos requieren de otros estudios para poder ser analizados.

PALABRAS-CLAVE Hospitales generales. Servicio de psiquiatría en hospital. Evaluación en salud. Salud mental.

ABSTRACT Objective: To evaluate, based on the human rights and community care frameworks, the quality of hospitalization psychiatric services in general hospitals. Methods: Multisite, descriptive observational study. There were analyzed four psychiatric hospitalization services, located in general hospitals of urban districts with different sizes in Argentina. Data collection included analysis of statistical records, non-participant observations of services, and interviews with service managers, service staff and users. The observation and interview guides were based on two international tools: Idea project interview guide, and QRTK of the WHO. Results were analyzed using two main categories: human rights-based care approach and community orientation of care delivery. Results: Regarding human rights-based care, legal capacity is the right that requires more improvement in services. About community orientation of care, different strategies were observed, with the work with the families as the most common. Conclusions: One aspect that requires further research is the specific type of psychiatric hospitalization service in the general hospital, given the fact that some differences in process and results were observed between general and specialized wards.

KEYWORDS Hospitals, general. Psychiatric department, hospital. Health evaluation. Mental health.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones - Buenos Aires, Argentina. saraardi.cursos@gmail.com

²Universidad Nacional de Rosario (UNR), Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social (CleCITS) - Rosario, Argentina.

³Dirección de Salud Mental Comunitaria, Sistema Integrado de Salud Pública - Municipio de Tandil, Argentina.

⁴Universidade Nacional de Córdoba (UNC), Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (OSM) - Córdoba, Argentina.

⁵Hospital General Las Heras - Tupungato, Mendoza, Argentina.



Introducción

La atención de las personas con padecimientos mentales ha sido objeto de reforma en el último siglo, y la orientación comunitaria y el enfoque de derechos las dimensiones teórico-prácticas condensan dicha transformación¹. El enfoque de derechos implica la salvaguarda de los derechos como ciudadanos y como pacientes de las personas con padecimiento mental, y la orientación comunitaria plantea que las intervenciones deben guiarse por la permanencia de las personas en su medio comunitario². En tal contexto, los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales son un dispositivo necesario de la red de servicios, que reemplaza a los hospitales psiquiátricos tradicionales. Estos servicios permiten la descentralización de la atención así como la inclusión de servicios de salud mental en servicios de salud general, lo cual trae varios beneficios. Entre estos se cuenta su aceptabilidad, con la consecuente reducción del estigma y menor probabilidad de que se presenten situaciones de vulneración de derechos, su accesibilidad y un costo de la atención menor al de instituciones especializadas³⁻⁵. Específicamente en Argentina, la Ley de Salud Mental (N° 26.657/2010)⁶ indica que las internaciones por motivos de salud mental deben realizarse en hospitales generales y plantea la meta de la sustitución de los hospitales psiquiátricos por una red integrada de servicios de salud mental para 2020.

Así, el desarrollo de los servicios de salud mental en hospitales generales es un objetivo de la transformación de la atención en salud mental, y un indicador de la misma^{1,7,8}. La distribución del número de camas psiquiátricas de acuerdo al tipo de servicio constituye un indicador mucho más específico de la reforma. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la región de las Américas el número de camas psiquiátricas en hospitales generales es pequeño en comparación con el de hospitales psiquiátricos: 1,7 camas por 100.000 habitantes en hospitales generales y 16,7 en psiquiátricos⁹.

Los datos de Argentina también evidencian esta situación; un estudio de 2011 indica que sólo un 10,8% de las camas en salud mental en servicios públicos del país se localizaba en hospitales general, cifras que permanecían sin cambios significativos en 2017^{10,11}.

Aunque el número de camas por tipo de servicio es un indicador necesario del proceso de reforma de la atención en salud mental, resulta insuficiente para caracterizar el modo en el cual se transforman las prácticas de atención al modificarse el lugar en el cual ocurren las internaciones. En este sentido, es necesario evaluar la calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales. La calidad de la atención evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados esperados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia, que en salud mental tienen como marco la garantía de derechos humanos¹². Por ejemplo, puede ocurrir que los períodos de internación psiquiátrica en hospitales generales sean tan prolongados como los de los hospitales psiquiátricos, que la internación en ambos lugares no sea respetuosa de los derechos de las personas internadas, o que la internación en uno y otro espacio conlleve aislamiento, ruptura de vínculos de la persona internada con su medio social y la presencia de situaciones de estigma y discriminación.

Así, algunos estudios han buscado caracterizar la internación en salud mental en hospitales generales; por ejemplo, uno realizado en Italia a nivel nacional analizó 262 servicios de salud mental en hospitales generales. Entre los resultados se destaca que en aproximadamente el 20% de los servicios no se realizaban evaluaciones clínicas regularmente o sesiones de apoyo de 30 minutos de duración; y que las intervenciones de rehabilitación sólo se llevaban a cabo en la mitad de los servicios, lo cual se relacionaba con la creencia de los trabajadores de que la rehabilitación era propia de dispositivos de base comunitaria¹³. Otro estudio, realizado en Argentina, analizó la internación en servicios de tres hospitales generales

y observó indicadores de atención no acordes con los principios de reforma psiquiátrica, entre ellos obstáculos para el mantenimiento de los vínculos significativos durante la internación, restricciones a la autonomía personal y escasa participación en espacios colectivos¹⁴. A su vez, un informe del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires indicó una serie de problemas de las internaciones en los hospitales generales, tales como la prolongación de las internaciones en el servicio de guardia, la discriminación por parte del personal médico y de otros pacientes, la resistencia a intervenir en casos vinculados a adicciones y la ausencia de lugares para realizar actividades de recreación y rehabilitación¹⁵. Otro estudio, desarrollado también en Argentina, analizó las perspectivas de los trabajadores de salud mental de ocho hospitales generales acerca de los desafíos para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Los resultados indicaron que los trabajadores consideraban que la infraestructura de los hospitales generales era inadecuada para la internación psiquiátrica, dado que en la mayoría se realizaba en salas generales y esto era visto como problemático. Los trabajadores tampoco se sentían preparados para atender a estos pacientes, sólo aceptaban la internación de aquellos con patología menos severa, y percibían como perjudicial para otros pacientes la convivencia con quienes estaban internados por motivos de salud mental¹⁶.

En lo que respecta a estudios que hayan analizado específicamente el respeto y salvaguarda de derechos es posible citar dos que emplearon el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, herramienta fundamentada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que incluye entrevistas con familiares, personas usuarias y profesionales, así como observaciones y análisis documental¹⁷. Uno de estos, realizado en España, evaluó nueve unidades de hospitalización aguda en hospitales generales. Los resultados indicaron que las instalaciones físicas, aunque cumplían con varios de los estándares contemplados, requerían mejoras en lo referido al derecho a

la privacidad, por ejemplo para recibir visitas, para guardar pertenencias personales de las personas internadas, o en lo que respecta a los baños. En cuanto a los derechos vinculados a la capacidad jurídica se indicó que eran los que tenían menor cumplimiento total de los estándares respectivos, y que se observaron deficiencias en la información que recibían usuarios y familiares, y poca sistematicidad en el uso del consentimiento informado¹⁸. El otro estudio, realizado en Somalia, evaluó un servicio de psiquiatría del hospital general de referencia del país, y encontró que al momento de realizarse la evaluación no se cumplía con ninguno de los estándares de derechos y calidad¹⁹.

Respecto de la orientación comunitaria de los servicios de internación en hospitales generales, es difícil hallar estudios que la analicen. Ello, presumiblemente, porque una representación predominante en el campo de la salud ha sido la de asociar lo comunitario en salud mental con la prevención primaria, y a esta, a su vez, con el primer nivel de atención. Por ello, los servicios ubicados en otros niveles de complejidad del sistema de salud no serían percibidos como competentes, o al menos no de manera privilegiada, para el abordaje comunitario^{12,20}.

A partir de lo anterior, y en el contexto del proceso de reforma de la atención en salud mental que se encuentra en desarrollo actualmente en Argentina y en otros países del mundo, contexto marcado por disputas y resistencias, resulta necesario producir mayor evidencia sobre los servicios que se proponen como alternativos, identificando en qué medida las transformaciones en la oferta de servicios se traducen en mejoras en los indicadores de calidad de la atención. Específicamente, los servicios de internación, con su rol en la atención de situaciones de crisis, constituyen un punto nodal para dar luces sobre la discusión respecto de la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud mental, y la sustitución o complementariedad entre tipos de servicios, discusión que aún no está saldada²¹. A partir de lo anterior, el objetivo de este estudio fue

evaluar la calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales desde los enfoques de derechos y comunitario.

Material y métodos

El estudio fue observacional transversal de tipo descriptivo²², y se llevó a cabo entre mayo de 2017 y abril de 2018. Se incluyeron cuatro servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales localizados en distintas provincias de Argentina y en municipios de distinta población: dos grandes aglomerados urbanos de más de un millón de habitantes, uno de más de 100.000 habitantes y otro de un poco más de 30.000 habitantes.

Se realizó un análisis documental para contextualizar los servicios estudiados; para esto se identificaron indicadores sociosanitarios de la localidad en la cual estaban ubicados, así como datos estadísticos básicos del servicio de internación psiquiátrica. Cabe señalar que en la mayoría de los casos estos datos debieron ser construidos pues no contaban con un relevamiento rutinario específico de atención en salud mental. También se hicieron observaciones no participantes en el servicio para describir su estructura y se realizaron entrevistas semiestructuradas con su responsable, trabajadores y personas usuarias que hubiesen estado internados. El instrumento de registro de observación y el formato de las entrevistas fueron construidos a partir de la revisión de las siguientes herramientas: Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Módulo E. Servicios de Internamiento Psiquiátrico²³; Instrumento del Proyecto Multicéntrico 'Idea'²⁴, e Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS¹⁷.

En relación a las personas entrevistadas, las muestras se seleccionaron intencionalmente por criterios de inclusión²⁵. En el caso de los trabajadores del servicio esos criterios fueron: trabajar 10 horas semanales o más en el servicio y tener mínimo un año de antigüedad en el mismo. En el caso de los usuarios, se incluyó a las primeras seis personas internadas

en el servicio de modo consecutivo a partir del primer día del séptimo mes del estudio, y que aceptaron participar. Así, la muestra estuvo compuesta por cuatro responsables de servicios, 15 trabajadores y 22 personas usuarias. En uno de los servicios no fue posible completar el número de entrevistas planificado de trabajadores y usuarios.

El análisis de los datos fue mixto; los datos cuantitativos se analizaron de forma estadística descriptiva y los cualitativos a partir de las categorías predefinidas en el estudio, es decir, orientación comunitaria y respeto y salvaguarda de derechos. La orientación comunitaria se definió como la forma de atención que propende a la permanencia de la persona en su medio comunitario, dentro de sus redes sociales, promoviendo su inclusión plena en el medio en el que vive². El análisis del respeto y salvaguarda de derechos se focalizó en cinco aspectos: la información acerca del diagnóstico y tratamiento, la toma de decisiones sobre el tratamiento, el resguardo de la privacidad, la conservación de vínculos durante toda la internación, y la no discriminación^{26,27}. Cada entrevista fue analizada por dos investigadores de forma independiente y luego se realizó una triangulación del análisis y discusión de las categorizaciones por parte del equipo ampliado de investigación²⁵. El protocolo de investigación cumplió con las normas éticas nacionales e internacionales y fue aprobado por un comité de ética de la provincia de Buenos Aires, de acuerdo con la legislación local sobre el tema, y se utilizó consentimiento informado en todas las entrevistas.

Resultados

Caracterización de los servicios

Como se señaló, el estudio se llevó a cabo en cuatro servicios de salud mental de hospitales generales ubicados en distintas provincias de Argentina y en municipios de diverso tamaño poblacional y características (*cuadro 1*).

Cuadro 1. Características generales de los servicios

| | Servicio 1 | Servicio 2 | Servicio 3 | Servicio 4 |
|---|--|--|--|---|
| Tamaño municipio | Gran aglomerado urbano (más de 1.000.000 hab.) | Gran aglomerado urbano (más de 1.000.000 hab.) | Más de 100.000 hab. | Más de 30.000 hab. |
| Hospital psiquiátrico especializado público en el municipio | Sí | Sí | No | No |
| Cantidad de camas hospital general | 169 | 26 | 128 | 25 |
| Sala de internación especializada de salud mental | No | No | Sí | No |
| Cantidad de camas disponibles para internación por salud mental | - 2 en servicio de guardia - Según demanda en otros servicios | - Según demanda | 14 | 4 |
| Cantidad de trabajadores en el servicio de salud mental | - 3 médicos psiquiatras - 6 psicólogos - 4 trabajadores sociales - Enfermeros no específicos del servicio | - 1 médico psiquiatra - 1 psicólogo - 1 trabajador social no específico del servicio | - 2 médicos psiquiatras - 2 psicólogos - 2 trabajadores sociales - 1 terapeuta ocupacional - 1 enfermero jefe - 2 enfermeros por turno de 6 horas | - 2 médicos psiquiatras - 3 psicólogos - 1 trabajador social - 1 acompañante terapéutico - 1 tallerista |
| Cantidad de internaciones por salud mental en un año | 112 | 38 | 180 | 105 |
| Cantidad de reinternaciones salud mental en un año | 4 (4%) | 4 (10%) | 44 (24%) | 5 (5%) |
| Días promedio de internación en un año | 8 | 13 | 16 | 5 |
| Internación más prolongada al momento puntual del estudio | 42 días | 60 días | 133 días | 3 días |

Fuente: Elaboración propia.

En dichas características se puede observar que en todos los servicios los tiempos de internación tienden a ser cortos, con un promedio y una moda inferior a los 30 días. Al mismo tiempo, que existe entre ellos una importante heterogeneidad, algo que dificulta realizar algunas comparaciones. Por ejemplo, no todos tienen salas especializadas de internación en salud mental, y entre los que no cuentan con dicha sala no todos tienen camas específicas disponibles para la internación psiquiátrica. Se observa también que el equipo básico de trabajo está compuesto por médicos psiquiatras y psicólogos, pero que también se cuenta

con otros trabajadores que en ocasiones son compartidos con otros servicios, como es el caso de trabajadores sociales y enfermeros. Finalmente, es de señalar acerca de los motivos de internación que su clasificación fue difícil pues no se utilizaban las mismas categorías en todos los servicios. Aun así fue posible establecer que en todos se atendía a personas con diagnósticos de trastorno mental y de abuso de sustancias, aunque variando la proporción entre los servicios; el porcentaje más bajo de personas con diagnóstico de abuso de sustancias se observó en el Servicio 3, que tiene sala especializada.

Enfoque de derechos en los servicios

Se indagó por cinco derechos: a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento; a la toma

de decisiones, a conservar los vínculos durante la internación, a no ser discriminado (*cuadro 2*) y a la privacidad.

Cuadro 2. Grado de cumplimiento de estándares de calidad de la atención basados en derechos

| | Responsable del servicio | Trabajadores | Usuarios |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Derecho a ser informado sobre el diagnóstico y tratamiento | | | |
| Servicio 1 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 2 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 3 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 4 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Derecho a tomar decisiones | | | |
| Servicio 1 | No se alcanza | No se alcanza | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 2 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 3 | No se alcanza | No se alcanza | No se alcanza |
| Servicio 4 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Derecho a conservar los vínculos durante la internación | | | |
| Servicio 1 | Totalmente alcanzado | Totalmente alcanzado | Sin dato |
| Servicio 2 | Sin dato | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 3 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado |
| Servicio 4 | Sin dato | Totalmente alcanzado | Totalmente alcanzado |
| Derecho a no ser discriminado | | | |
| Servicio 1 | Totalmente alcanzado | Totalmente alcanzado | Totalmente alcanzado |
| Servicio 2 | Sin dato | Sin dato | Sin dato |
| Servicio 3 | Parcialmente alcanzado | Parcialmente alcanzado | Totalmente alcanzado |
| Servicio 4 | Totalmente alcanzado | Sin dato | Sin dato |

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al derecho a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento, las respuestas fueron categorizadas de modo ordinal. Así, se consideró que era alcanzado totalmente si se utilizaba consentimiento informado para tal fin y se administraba en forma verbal y se confirmaba por escrito; parcialmente alcanzado si esto sólo se realizaban verbalmente; y no alcanzado si no se informaba a la persona internada sobre su diagnóstico y tratamiento. Cabe destacar que si bien en todos los servicios se brindaba información a los usuarios o a sus familiares desde el inicio de la internación, esta solía darse únicamente de forma verbal.

En el caso del derecho a tomar decisiones, se categorizaron las respuestas en función del documento voluntario que contiene las instrucciones que manifiesta una persona en pleno uso de sus facultades mentales para ser utilizadas cuando no pueda expresar su voluntad. En el caso de las personas con padecimiento mental se realiza en un momento en el cual esta no se encuentra en un periodo de crisis, e incluye cuestiones tales como a qué servicio asistencial o a qué profesional desea acudir en caso de crisis, cuestiones relativas a la medicación, al sistema de apoyos elegido, entre otros aspectos. Las decisiones

anticipadas están contempladas en la legislación argentina y fundamentada en pactos internacionales sobre derechos humanos²⁸. Teniendo esto en cuenta se consideró que el derecho a tomar decisiones era alcanzado totalmente si la persona internada podía tomar algunas decisiones durante su internación y se había cumplimentado el documento de decisiones anticipadas y estas se seguían; parcialmente si podían tomar algunas decisiones durante la internación pero no se había completado el documento con sus decisiones anticipadas; y que no se cumple si no podían tomar decisiones durante su internación y no se lo habían considerado sus decisiones anticipadas. Los resultados indicaron que en ningún servicio se utiliza el documento de decisiones anticipadas, que en algunos los usuarios podían tomar decisiones respecto de la internación o el momento del alta, mientras que en otros esta posibilidad estaba restringida y sólo podían decidir sobre cuestiones más cotidianas, como la hora de levantarse o las actividades en las cuales participar.

Sobre el derecho a conservar los vínculos durante la internación, se consideró que el mismo se alcanzaba totalmente si el servicio se adecuaba y era flexible frente a las necesidades de la persona internada y sus vínculos para que se mantuviese el contacto; parcialmente si se permitía el contacto pero el mismo se organizaba a partir de las necesidades del servicio; y no se cumplía si se restringía el contacto de la persona internada con sus vínculos o se la aislaba de manera intencional. Es de señalar que el cumplimiento de este derecho es a su vez un indicador de la orientación comunitaria del servicio. Los resultados permiten observar que en los casos en los cuales este derecho se alcanzó totalmente, los usuarios podían hacer y recibir llamados cuando querían desde su teléfono celular o el teléfono de la sala, y recibir visitas irrestrictamente. En los casos en los cuales se alcanzó parcialmente, el equipo decidía el momento en el que los usuarios podían empezar a recibir visitas o quién podía visitarlos. Además, en algunos

casos los usuarios no podían conservar su teléfono celular o hacer llamadas cuando lo necesitaban.

En lo referido al derecho a no ser discriminado, se lo consideró alcanzado si las condiciones de atención eran similares a las de cualquier otra persona internada en el hospital, o no alcanzado si se identificaban diferencias negativas en la atención por salud mental. Cabe mencionar que en el caso del Servicio 3 se observaron algunas restricciones para internar a personas menores de 15 años y a personas comprendidas en el Programa de Asistencia Médica Integral (Pami); este corresponde al subsector de obras sociales o de seguridad social, uno de los tres en los que se divide el sistema de salud argentino (público, privado y obras sociales) y que cubre a jubilados, pensionados y veteranos de la guerra de Malvinas²⁹.

El derecho a que se resguarde la privacidad se analizó desde la perspectiva y experiencias de los usuarios. Se consideró totalmente alcanzado cuando no manifestaron reclamos respecto de la privacidad y consideraban que era respetada tanto en la habitación como en el momento de las visitas; parcialmente alcanzado cuando señalaron que su privacidad no fue resguardada en la habitación o al momento de recibir visitas; y no alcanzado cuando su privacidad no fue resguardada en ninguno de los dos casos. En todos los servicios este derecho fue parcialmente alcanzado. En sus respuestas los usuarios hicieron referencia a las características edilicias, ya que en la mayoría de los casos las habitaciones eran compartidas por dos o tres personas. Resultó llamativo que algunos explicaron que el lugar en el que sentían que este derecho se garantizaba totalmente era en el baño, pues era allí donde podían estar solos.

Por último, cabe señalar que en términos generales hubo coincidencias en la valoración entre los distintos grupos de personas entrevistadas en un mismo servicio, y que cuando hubo diferencias en la misma, la valoración tendió a ser más positiva por parte de los usuarios que por los trabajadores y responsables de los servicios.

Orientación comunitaria de los servicios

Las estrategias para garantizar la permanencia de la persona en su medio comunitario

mencionadas por los trabajadores y responsables de los servicios se organizaron en cinco categorías (*cuadro 3*).

Cuadro 3. Estrategias de orientación comunitaria de la atención

| Estrategias | Servicio 1 | Servicio 2 | Servicio 3 | Servicio 4 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Trabajo con las familias durante la internación | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Actividades fuera del servicio durante la internación. Permisos de salida | Sí | -- | -- | Sí |
| Inclusión de acompañantes terapéuticos como puente entre la internación y el alta | -- | -- | Sí | -- |
| Articulación con el primer nivel de atención para contrarreferencia | Sí | -- | Sí | -- |
| Articulación con otros servicios de salud mental | -- | -- | Sí | -- |

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, la única estrategia mencionada por todos los servicios fue el trabajo con las familias durante la internación, mientras que sobre las restantes sólo lo hicieron algunos. Es de señalar que en todas las entrevistas se identificó la falta de recursos para el trabajo comunitario, y también que se indicó que cuando las internaciones se prolongaban más allá de lo necesario se debía a la escasez de lugares a los cuales derivar a los pacientes para continuar su tratamiento o para contar con los apoyos necesarios para su vida en la comunidad.

Discusión

Como se observa, los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales estudiados resultan heterogéneos en varias de sus características, lo cual, sumado a la baja calidad de la información estadística con la que se cuenta, hace que sea difícil realizar ciertas comparaciones.

Pese a ello, es posible señalar que los tiempos de internación psiquiátrica en estas instituciones son mucho más breves que en las

instituciones especializadas en psiquiatría. En estas últimas el tiempo promedio de la última internación es de 8 años, con una mediana de 2 años, y sólo el 36,7% de las personas llevan internadas menos de un año³⁰, mientras que los datos del estudio que aquí se presenta muestran un promedio y una moda de tiempo de internación inferior a los 30 días, y en uno de los servicios un tiempo de internación máximo de 5 meses. Pese a que es claro que los tiempos de internación responden a diversas variables, y a que puede ser difícil comparar entre tipos de instituciones ya que pueden atender a poblaciones diferentes, también lo es que en términos generales la prolongación de las internaciones afecta el derecho a vivir en comunidad y que, en este sentido, la internación en hospitales generales puede resguardar tal derecho.

Otro aspecto a considerar es que sólo uno de los servicios estudiados tenía sala especializada de internación psiquiátrica. Comparado con los restantes, contaba con un equipo interdisciplinario más amplio, era el que desarrollaba mayores actividades enmarcadas en la orientación comunitaria, pero a su vez era el que tenía los tiempos de internación más prolongados,

el mayor promedio de reinternaciones y las mayores restricciones para la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Otra diferencia se refiere al porcentaje de personas atendidas con algún diagnóstico vinculado al abuso de sustancias, que en el que contaba con sala especializada el porcentaje era más bajo que en los restantes.

Las razones de estas diferencias pueden responder a diversas variables que requerirían una comparación más sistemática entre servicios con sala especializada y sin ella ubicados en un mismo territorio, de modo tal de poder controlar variables contextuales. En el caso del presente estudio pueden resultar variables de confusión; por ejemplo, la red de servicios de salud mental con la que cuenta el municipio puede incidir en algunas características de la población atendida o de los tiempos de internación³¹. Aun así, y pese a que no es posible establecer conclusiones sobre tal diferencia, la misma resulta llamativa. En este sentido, un aspecto que debe monitorearse de manera constante en los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales es que se focalicen en el objetivo de la resolución de crisis agudas y los usuarios no tengan largas estadías. Una discusión pendiente para los tomadores de decisión, es si deben optar por equipar con mayor personal especializado los servicios de internación en hospitales generales (si deben ‘especializar más tales servicios’), o si tal personal debe ser redirigido a otros servicios comunitarios de la red de atención.

Por otro lado, en términos generales la calidad de la atención evaluada desde la perspectiva de derechos requiere mejoras específicas por parte de los servicios. Se necesita, como en otros países^{18,19}, afianzar lo referido a la capacidad jurídica; específicamente, implementar el uso rutinario del consentimiento informado escrito así como la inclusión de las personas usuarias en la toma de decisiones. A su vez, es indispensable dar a conocer entre los trabajadores y usuarios la existencia del documento de decisiones anticipadas. Es claro que la evaluación de la calidad de la atención

desde estándares basados en derechos aporta una dimensión de análisis necesaria para poder valorar si se cumplen o no los objetivos de la transformación en salud mental. Ya se ha dicho, pero lo repetimos: el cambio de lugar de la atención no es garantía suficiente de que se cumplan los estándares de derechos en la atención, y la investigación debe orientarse a revisar estos aspectos en los llamados ‘servicios alternativos al hospital psiquiátrico tradicional’.

Finalmente, cabe señalar que se observó una mayor presencia de estrategias de orientación comunitaria de la atención que la descrita en estudios anteriores^{14,20}. Esto podría dar cuenta de cierta transformación en las representaciones y prácticas de los trabajadores de los servicios en lo que respecta, por ejemplo, a las ideas de aislamiento de las personas con problemáticas de salud mental, y también a una mayor responsabilización desde este nivel del sistema de salud para que sea posible implementar un enfoque comunitario, aunque se ponga de manifiesto la carencia de una red de servicios apropiada. También cabe señalar que la estrategia vinculada a la orientación comunitaria más común fue la del trabajo con las familias durante la internación, la cual constituye una intervención de carácter más clínico que psicosocial³². Por todo esto, resulta recomendable seguir afianzando los conocimientos y las prácticas de los trabajadores vinculados a lo psicosocial y a lo territorial. Un posible aporte para la evaluación de los servicios de la orientación comunitaria sería el establecer indicadores que den cuenta de una mayor o menor orientación en este sentido, al modo de otras escalas que hablan, por ejemplo, de niveles de participación³³.

Así pues, el presente estudio presenta ciertos logros de la internación psiquiátrica en hospitales generales en Argentina en términos de adecuación a los enfoques de derecho y comunitario, y a su vez evidencia algunos problemas que, a 10 años de sancionada la Legislación Nacional en material de salud mental y a 30 años de los principios

sobre reforma de la atención psiquiátrica a nivel regional, son causa de preocupación e interrogación. Sin duda, seguir aportando elementos técnicos a una discusión, que muchas de las veces es más política e ideológica, es el compromiso necesario desde la comunidad científica con las personas que ya no sólo son internadas prolongadamente o de por vida en instituciones psiquiátricas, sino que incluso en internaciones breves siguen experimentando procesos de atención que lesionan su vínculo con los sistemas de atención y su dignidad como personas.

Colaboradores

Ardila-Gómez SE (0000-0002-0022-7438)* y Fernández MA (0000-0001-5767-4047)* estuvieron al frente de la elaboración del manuscrito y a cargo de las modificaciones sugeridas por los evaluadores y la revista. Bertagni J (0000-0001-6266-8821)* y Dinolfo L (0000-0003-1481-899X) * y Galíndez L (0000-0002-5952-244X)* y Prado M (0000-0001-9034-5253)* y Rosales ML (0000-0001-5707-9467)* revisaron el manuscrito e hicieron aportes que ameritan su autoría. ■

Referencias

- Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas: OPS; OMS; 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington: OPS; 2002.
- Larrobla C. Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. Rev. Psiq. Urug. 2007; 71(2):125-134.
- World Health Organization. Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization; 2003.
- República Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la protección de la salud mental [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf.
- González de Chávez M. Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. In: Aparicio V, coordinador. Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993. p. 53-94.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud Versión 2.1. Ginebra: OMS; 2005.
9. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, et al. Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Rev. Argentina de Salud Púb.* 2011; 2(8):43-46.
11. Centro de Estudios Legales y Sociales. El recrudescimiento del dispositivo manicomial. En Centro de Estudios Legales y Sociales, coordinador. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2017. p. 201-222.
12. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2003.
13. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, et al. Process of care in general psychiatric hospital units: national survey Italy. *Austral. New Zealand J. Psych.* 2007; (41):509-518.
14. Ceriani L. La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la Provincia de Buenos Aires. [Buenos Aires]: Comisión Nacional Salud Investiga; 2014.
15. Argentina. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Ministerio Público; 2014.
16. Velzi Díaz A, Tosi A, Benítez P, et al. Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Rev. Arg. Psiquiat.* 2018; (XXIX):255-262.
17. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Calidad y Derechos Humanos. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social. Santiago de Chile: OMS; 2012.
18. Gobierno del Principado de Asturias. Evaluación de los servicios de salud mental del Principado de Asturias. Segunda fase: Evaluación de derechos humanos y calidad en instalaciones con internamiento. Oviedo: GPA; 2010.
19. Currie J. Assessment of the mental health ward, Hargeisa Group Hospital in Somalia using the WHO Quality Rights Tool Kit. [project report]. [Somalia]: International diploma in mental health law and human rights; 2012.
20. Ardila S. Lo comunitario y la transformación de la atención en salud mental en el contexto de las reformas sanitarias pro-mercado: estudio de caso. *Bogotá: Rev. Invest. Psicol.* 2009; 14(2):7-23.
21. Perera IM. The Relationship Between Hospital and Community Psychiatry: Complements, Not Substitutes? *Psych. Serv* [internet]. 2020 [acceso en 2020 mayo 5]; (3). Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201900086>.
22. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
23. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Calidad de la atención en salud mental. Ginebra: OMS; 1994. V. 1.
24. Sartorius N, Thornicroft G. IDEA Project Protocol V2.0: Inpatient Discharge: Experiences and Analysis. An International Collaborative Study. London: King's College; 2012.
25. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3. ed. Newbury Park: Sage; 2002.
26. Organización de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolu-

- ción 46/119, 17 de diciembre de 1991 [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>.
27. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: OMS; 2006.
28. Lamm E. Directivas médicas anticipadas [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>.
29. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Historia da PAMI, INSSJP [internet] 2020. [acceso em 2020 jul 23]. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/historia>
30. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Buenos Aires: DNSM; 2019.
31. Katz G, Durst R, Shufman E, et al. A comparative study of psychiatric inpatients in a general hospital and a psychiatric hospital in Israel: demographics, psychopathological aspects and drug abuse patterns. *IMAJ*. 2011; (13):329-332.
32. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Abordaje de la salud mental en hospitales generales. Buenos Aires: DNSM; 2018.
33. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J. Americ. Instit. Planners*. 1969; 35(4):216-224.

Recibido el 18/02/2020

Aprobado el 08/06/2020

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo