

Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina

Alberto Velzi Diaz

*Psicólogo, Magister y Doctor en Salud Colectiva, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario
E-mail: algiova@gmail.com*

Ana Tosi

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Paola Benitez

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gisela Santanocito

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Esmeralda Garcete

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Yasmin Amado

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gianina Antezza

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Natalia Cantero

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gabriela Córdoba

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Resumen

A ocho años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 consideramos necesario construir espacios de debate en torno a las potencialidades y desafíos en su implementación práctica. La presente investigación aborda las prácticas de Salud Mental en los hospitales públicos generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina, desde la perspectiva de los trabajadores. A través de un enfoque cualitativo y exploratorio/descriptivo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 23 trabajadores de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos). El análisis de los resultados permitió establecer que la sanción de la ley legitimó y fortaleció concepciones y prácticas ya existentes, posibilitando su ampliación y la creación de nuevos dispositivos. También fueron analizadas limitaciones políticas, de gestión, edilicias, de formación y cantidad de recursos humanos que, sumadas a la escasez de los dispositivos sustitutivos al hospital psiquiátrico, permiten concluir en la importancia de un Plan de Salud Mental, con recursos, objetivos y lineamientos claros que pueda posibilitar el cambio de paradigma en la atención.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental - Servicio de Psiquiatría en Hospital - Hospital General - Planificación en Salud - Gestión en Salud.

MENTAL HEALTH IN GENERAL HOSPITALS OF THE CITY OF ROSARIO AND GREAT ROSARIO

Abstract

Eight years after the enactment of the National Mental Health Law N° 26.657, we consider it necessary to build spaces for debate on the potentialities and challenges in its practical implementation. This research addresses the mental health practices in the general public hospitals of the city of Rosario and Gran Rosario, Argentina, from the workers' perspective. Through a qualitative and exploratory / descriptive approach, semi-structured interviews were conducted with 23 mental health workers (nurses, psychiatrists, psychologists, social workers and therapeutic companions). The analysis of the results allowed to establish that the sanction of the law legitimized and strengthened already existing conceptions and practices, making possible its extension and the creation of new devices. Political, management, building, training and human resources limitations were analyzed. The scarcity of substitute devices to the psychiatric hospital, in addition to previously mentioned limitations, points to the importance of a Mental Health Plan, with clear resources, objectives and guidelines that may enable changes in the paradigm of care.

Keywords: Mental health services - Hospital Psychiatric Department - General hospital - Health Planning - Health Management.

Introducción

El fin de la Segunda Guerra Mundial marcó un punto de inflexión en la historia de la asistencia psiquiátrica. Como parte de las propuestas de reestructuración de la asistencia surgen las Unidades Psiquiátricas de Hospital General (UPHG) representando, simultáneamente, una crítica y una alternativa al hospital psiquiátrico tradicional (1). Se expanden –sobre todo en los EE.UU.– teniendo como principales razones: la experiencia de pequeñas salas psiquiátricas en hospitales generales militares que demostraron la posibilidad de tratar eficazmente a los pacientes en el hospital general (HG); la crítica al hacinamiento, segregación y estigma producido por los macro-hospitales psiquiátricos; la adopción por parte de psiquiatras de las propuestas salud pública y comunitaria, planificación y rehabilitación; la idea de que la internación psiquiátrica debía integrarse a las estructuras asistenciales extra-muros (ambulatorios, hospitales regionales) buscando la continuidad del tratamiento; el desarrollo de la electroconvulsoterapia y la psicofarmacología; como también de diversos abordajes psico y socioterapéuticos (2). En América Latina, las UPHG en el sentido moderno del término (3) se desarrollaron con mayor fuerza en los años 1980, lo cual incluyó una planificación terapéutica, integración a la medicina general e internaciones breves para el rápido retorno a la comunidad.

En las últimas cuatro décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tuvieron un papel destacado en el campo de la salud mental para América Latina. Por un lado, estableciendo políticas de asistencia en el área para los diferentes países, integrando la asistencia en salud mental a la Atención Primaria de la Salud (APS), descentralizando los servicios –desarrollo de estructuras intermedias como hospitales día, centros de salud, UPHGs–, mayor participación y continuidad en los tratamientos, con énfasis en la importancia de la prevención (4, 5, 6, 7). Y, por otro lado, adoptando tratados, convenciones e instrumentos específicos, que incorporan una perspectiva de derechos humanos en la atención en salud mental (8, 9, 10, 11, 12, 13).

Desde el año 2010, Argentina (14) cuenta con una legislación que implica un cambio en los modos de concebir e implementar las políticas, los servicios y las prácticas en salud mental y adicciones. Enmarcada en los mencionados lineamientos de la OMS/OPS, tiene como principal horizonte sustituir el modelo de atención centrado en los hospitales psiquiátricos / monovalentes (HP) proponiendo la creación de una red de servicios y dispositivos con base territorial y participación comunitaria, integrando la asistencia y los tratamientos de salud mental en HG y APS y orientando que las internaciones por motivos de salud mental –cuando necesarias– sean realizadas, preferentemente, en hospitales generales (HG).

En este marco, nos proponemos investigar potencialidades y/o limitaciones percibidos por los trabajadores de salud mental en sus prácticas en hospitales generales de adultos de la ciudad de Rosario y dos hospitales generales del Gran Rosario, de la República Argentina.

Métodos

La presente investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria se basó en un diseño flexible y dinámico. Durante 2015/2016 se realizaron entrevistas semi-estructuradas a psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y acompañantes terapéuticos de seis Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y dos del gran Rosario. El Área Metropolitana Rosario incluye a la ciudad de Rosario y al Gran Rosario (aglomerado urbano surgido como consecuencia de la expansión urbana de la ciudad de Rosario). Según el último censo nacional en el año 2010 el Área Metropolitana Rosario contaba con una población de 1.236.089 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC).

Fueron criterios de inclusión ser trabajador/a del Hospital General y tener una antigüedad mínima en el cargo de seis meses.

En total se realizaron veintitrés entrevistas. Las mismas fueron audio-grabadas y transcritas.

Los ocho hospitales atienden similares motivos de consultas y en cada uno hay trabajadores que están específicamente vinculados al abordaje de las demandas de

salud mental. De las 8 instituciones, si bien en todas se llevan a cabo internaciones por motivos de salud mental –siendo psicólogos y psiquiatras quienes deciden la internación/externación– no en todas las prácticas de salud mental son en el marco del Servicio de Salud Mental ya conformados (ver Tabla 1).

Tabla 1

HOSPITALES	CONFORMACIÓN EQUIPO	ENTREVISTADOS	MOTIVOS DE CONSULTA
Hospital Zona Norte	No está constituido como servicio de Salud Mental. Servicio de Psicología: 7 psicólogos Servicio de Psiquiatría: 3 psiquiatras	3 enfermera/os, psicóloga/o	Intentos de suicidio Alcoholismo Adicciones
Hospital Gran Rosario 1	No está constituido como servicio de Salud Mental. Cuentan con 3 psicólogos y 2 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Problemáticas de Consumo Intentos de suicidios Crisis subjetivas Situaciones de niños con dificultades de conductas Abusos Violencias
Hospital Gran Rosario 2	RISAM: Servicio de Salud Mental compuesto por 5 psicólogos y 4 psiquiatras	Psiquiatra RISAM, psicóloga, psiquiatra y acompañante terapéutico	Violencias Crisis de angustia Problemáticas de niños
Hospital Zona Oeste 1	Servicio de Salud Mental 4 psicólogos y 2 psiquiatras	Psicóloga/o, psiquiatra y trabajadora social	Intentos de suicidio Violencia Problemática de consumo Crisis subjetivas Accidentes varios
Hospital Zona Oeste 2	Servicio de Salud Mental: 5 psicólogos y 4 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Crisis subjetivas Problemáticas de consumo Psicosis Retraso mental grave Depresiones Intentos de suicidio
Hospital Zona Centro 1	No está constituido como servicio de Salud Mental Servicio de Psicología Servicio de Psiquiatría Servicio de Trabajo Social	Psicóloga/o, psiquiatra y enfermera	Consumo Vulneración de derechos de niños y adolescentes. Violencia de género y crisis subjetivas. Intentos de suicidio. Problemáticas adolescentes con la ley
Hospital Zona centro 2	Servicio de Salud Mental: 12 psicólogos y 4 psiquiatras. 5 residentes de Psiquiatría (UNR)	Psiquiatra y 2 psicólogas	Consumo Excitación psicomotriz Depresión Crisis subjetivas Problemáticas infantiles Intentos de suicidio
Hospital Zona Sur	Servicio de Salud Mental: 6 psicólogos y 4 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Consumo Psicosis Crisis subjetivas Problemáticas infantiles Tentativas de suicidio

En el transcurso del trabajo en campo todas las entrevistas fueron realizadas en cada uno de los hospitales en momentos en que los trabajadores realizaban sus tareas habituales. Diferentes ejes fueron abordados en torno al trabajo en salud mental: características del servicio, conocimientos en torno a la normativa vigente en la materia, potencialidades y limitaciones para la implementación de la misma.

Se utilizó como metodología el análisis de discurso, entendiendo a este como a “un conjunto amplio de enfoques cuyo objetivo central es el análisis del lenguaje escrito y hablado” (15), así como también la “reflexión sobre las condiciones de producción y aprehensión de la significación de textos producidos en los más diferentes campos” (16).

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Fueron tomados todos los recaudos éticos correspondientes, respetando la Declaración de Helsinki. Todos los entrevistados aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 los trabajadores de los distintos hospitales coincidieron en que no fueron establecidos criterios o lineamientos comunes para la organización de los servicios en el trabajo concreto en salud mental. Cada hospital se organizó con los recursos humanos y de infraestructura que disponían para atender las demandas de salud mental.

“(...) en relación a los recursos en esta zona (...), hay tanta cantidad, tanta demanda... no hay una planificación ni por asomo de eso. Eso depende de un trabajo interno nuestro del hospital, acompañado por alguna gente de la gestión, pero solo de alguna gente de la gestión” (Psiquiatra ZO2).

“...no hay una clara directiva desde salud mental (...). Necesitamos que estemos más en sintonía. Estaría bueno que digan cuáles son los dispositivos que se necesitan en salud mental y digan cómo se trabaja” (Psiquiatra ZC2).

Psicóloga/os, psiquiatras y trabajadores sociales refieren que la ley es una herramienta utilizada en el trabajo cotidiano, principalmente en lo que refiere al resguardo de derechos de usuarios/os de los servicios. Sin embargo, manifiestan que integrantes del propio Servicio de Salud Mental –y de otros servicios– si bien conocen la existencia de la ley, ignoran cómo aplicar lo que la misma propone y/o consideran inviable su aplicación:

“Está muy bien la ley, pero en la práctica no sirve. (...) Esta guardia no está preparada para recibir pacientes con excitación. Entonces, un paciente que está acostumbrado a cortarse, hace un arma con cualquier cosa. Eso no se contempló... cómo contener a ese paciente” (Enfermera ZN).

Si bien varios trabajadores refieren que intentan que las concepciones de cuidado integral e inclusión social se traduzcan en sus prácticas cotidianas, plantean –como principal impedimento a esto– dificultades en la articulación con enfermeros y médicos de otros servicios, quienes muestran resistencia y falta de colaboración a la hora de atender usuarios de salud mental.

“(...) principalmente de parte de los enfermeros hemos tenido ciertas resistencias. Aunque también con los médicos existieron algunas dificultades” (Psicóloga ZN).

“Un obstáculo, que se da es cuando hay que internar a un paciente de Salud Mental, es la resistencia de los profesionales de la guardia, ya que ellos consideran que esos pacientes no tendrían que estar en el hospital” (Psiquiatra ZO1).

“Y... resistencias siempre hay (...) La mayor dificultad se encuentra a partir de no saber qué hacer (...) Los médicos mismos te dicen: ‘a mí me llega una neumonía y yo sé que hacer, pero si llega alguien brotado yo no sé qué hacer’” (Psicóloga ZO2).

Hay unanimidad entre los entrevistados al considerar como dos importantes recursos –que facilitan los procesos de internación/externación– a los equipos de acompañantes terapéuticos y al Dispositivo Soporte de Urgencias en Salud Mental (DISUSM), ambos dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental. Por un lado, con relación a los acompañantes terapéuticos, habitualmente son solicitados más por las resistencias de otros trabajadores del hospital que por propias necesidades clínicas del cuadro:

“(...) funcionó como una negociación: ‘se queda, pero con acompañante, ya que el hospital todavía no está en condiciones de recibir a estos pacientes’” (Psiquiatra GR2).

En tanto, otros entrevistados, abren un debate respecto a la función y el uso adecuado de este recurso, observando que en muchas ocasiones la situación clínica del paciente no amerita la cantidad de horas de acompañamiento requerida:

“Cuando están durmiendo, ¿cuál es el sentido que haya un acompañante terapéutico? (...) ¿Para que no se escape...? (...) Ese pibe a lo mejor si se va a su barrio lo matan. Entonces, también... es para que no lo maten” (Psiquiatra ZC1).

Lo cual hace interrogarnos sobre la función atribuida al acompañante: ¿es terapéutica o de control?

Por otro lado, existe el DISUSM. Este equipo fue creado a fines de 2011 por la DNSMyA, y a fines de 2015 asumido por el gobierno provincial y gestionado en coordinación con la Dirección de Salud Mental municipal, y está formado por psiquiatras y psicólogos que trabajan en la modalidad de “guardia pasiva”, para abordar situaciones de urgencia/emergencia en salud mental en las guardias de HG de la ciudad. Funciona en horario nocturno –desde sus comienzos solo los fines de semana y desde mediados de 2016 toda la semana– cuando no hay personal de los servicios de salud mental. Son solicitados telefónicamente, realizan el abordaje de las situaciones en el HG y luego “pasan el caso” al servicio de salud mental. En este sentido, es reconocido y destacado el trabajo de los acompañantes terapéuticos y el DISUSM ya que, sin estos recursos, “(...) antes se los derivaba directamente a los efectores monovalentes y ahora los absorbe el hospital, unas horas, un día, una semana, un tiempo” (Enfermera 1 ZN). De este modo se disminuyen las derivaciones a los hospitales monovalentes.

“Que haya una guardia de salud mental era una cosa imprescindible (...) O sea que vamos avanzando en la guardia, cada vez más. (...) Es imprescindible para que podamos pensar en internar, porque si no... ¿Qué hacíamos antes? Y... dependía de la onda de uno que si se venía el fin de semana y a veces era sábado y domingo” (Psiquiatra ZO2).

Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales expresan la importancia de incluir al usuario en su proceso de tratamiento, considerando la internación como último recurso, y resaltando la interdisciplina en el proceso de atención. Por ejemplo:

“... ya casi nadie cuestiona que una trabajadora social defina junto con nosotros o con el psiquiatra una internación, o que ésta misma tiene criterio para solicitar un acompañamiento terapéutico para tal situación, etc., o firmar un informe confeccionado conjuntamente” (Psicóloga GR2).

A la hora de identificar limitaciones para el alojamiento de situaciones de salud mental en el hospital general, se releva una amplia coincidencia en las entrevistas a trabajadores. Los enfermeros relatan que les resulta muy difícil el trabajo con pacientes psiquiátricos, ya que no han recibido formación específica para ellos. Esto los lleva a manifestar: “no sabemos cómo tratarlos”. Estas limitaciones en la formación, también es identificada en los médicos de guardia que señalan que “no saben cómo medicar a pacientes psiquiátricos”. Expresan que, si bien hubo instancias de capacitación, éstas fueron escasas y no todo el personal participó.

Otro tema en el que varios participantes del estudio coincidieron fue respecto a los criterios de internación. La decisión a cargo de equipos interdisciplinarios, la inexistencia de protocolos para definir las internaciones/externaciones, el trabajo desde la singularidad del caso a caso, estar atravesando una crisis subjetiva y el riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros, son criterios unánimemente compartidos. Otro aspecto compartido es que, aun teniendo criterio para ser internado un paciente, esto no necesariamente implica que quedará internado en ese hospital. Esto dependerá de la evaluación del tipo de crisis que se trate, de las necesidades del paciente y de las posibilidades de la institución para abordarlas.

“Una persona con ideas suicidas, neuróticas, que está en una situación de su vida, que perdió todas las coordenadas, que no tiene sostén, ni recursos simbólicos para sostenerlos personalmente, ni un entorno que lo contenga... porque también es imprescindible eso. Si no hay eso, y bueno... se queda internado. Y después... bueno... crisis de excitación psicomotriz, que no sean lo suficientemente graves, intensas, que se puedan medicar, respondan y... se quedan acá. (...) Si viene un paciente nuestro y nos dice: ‘mira me pasa esto, esto y esto’, y es psicótico y uno piensa que está mal y creemos que la situación da para que se quede acá, se queda. Cuando creemos que no estamos seguros de que la situación sea posible alojarla acá, ahí es donde va al monovalente. Pacientes que no responden a la medicación, que están en una crisis muy intensa, que no tienen marco de contención familiar, que el único modo es una intervención de este tipo, va al monovalente. Después, el resto... la mayoría se quedan acá” (Psiquiatra ZO2).

Otro aspecto relevado es respecto al espacio físico en el cual se desarrollan estos abordajes. En dos de los ocho hospitales investigados, en caso de ser necesario, intentan conseguir alguna cama en habitación individual, aunque no siempre hay disponibles. En los seis hospitales restantes, los pacientes psiquiátricos no son atendidos en salas especiales, sino en salas de internación general. Por lo que, muchas veces, se contraponen las necesidades de cuidado y tranquilidad de pacientes con problemáticas orgánicas, con las necesidades de abordajes en situaciones de excitación psicomotriz y crisis subjetiva en el mismo espacio físico.

“(...) gente que tiene por ejemplo un patología cardiaca que necesita dormir, estar tranquilo (...) si tiene al lado un paciente que está pateando cosas, gritando... O sea, la ley es muy buena (...) La muestran como muy buena. Para nosotros no es, porque nadie nos da las armas para actuar. (...) La verdad que no sé a quién se le ocurrió lo de la inclusión en los Hospitales Generales” (Enfermera 2 ZN).

Algunas limitaciones fueron planteadas como “externas” al hospital, sobre todo relacionadas a la coordinación con otros servicios y niveles de atención en salud, como así también en la intersectorialidad a la hora de pensar externaciones. Respecto a las articulaciones con otros niveles, instituciones y sectores, si bien los entrevistados refieren que éstas se han impulsado con la ley, aún dependen más del trabajo “artesanal” y/o de relaciones interpersonales, que de mecanismos, protocolos y/o directivas claramente establecidas desde la centralidad de la gestión. También fue mencionado por todos los entrevistados, que aún son escasos los dispositivos comunitarios (centros de día, viviendas compartidas, dispositivos laborales, etc.). *“Una vez externado el paciente, continúa en tratamiento ambulatorio desde el servicio o se deriva al efector que corresponda. También se intenta ofrecer otros dispositivos (recreativos, comunitarios, productivos, artísticos) que acompañen el proceso clínico, pero no contamos con variedad ni cantidad de los mismos”*. Esta situación se torna alarmante y compleja cuando son escasos –o inexistentes– los recursos materiales, económicos y vinculables (familia, allegados, etc.) para la conformación de la red de atención y cuidado necesaria para el sostenimiento del tratamiento de forma ambulatoria.

Discusión

La ciudad de Rosario es una referencia en nuestro país por la organización, diversidad y cobertura de su sistema público de salud. En lo que respecta a la salud mental, también posee tradición en esta área. Una prueba de ello es que la provincia de Santa Fe tiene Ley Provincial de Salud Mental desde 1991 (reglamentada en 2007) y que se encuentra en total consonancia con la Ley Nacional 26.657 de 2010. En este sentido, la legislación nacional viene a reimpulsar –en la provincia de Santa Fe– el debate que en nuestro campo pocos años atrás estuvo en agenda de discusión producto de la reglamentación de la Ley Provincial en 2007 y los procesos de debate colectivo que se dieron para la misma (17). El respeto a los derechos de usuarios/os, la interdisciplina, las internaciones como último recurso y en hospitales generales, la necesidad de una red de servicios comunitarios, entre otras, no fueron propuestas ajenas a la cotidianeidad de las prácticas, y la Ley Nacional les otorgó un marco de mayor legitimidad a las mismas posibilitando, por un lado, su multiplicación y diseminación y, por otro lado, la generación de nuevas prácticas y dispositivos para fortalecer este proceso.

Las resistencias a estas transformaciones siempre existieron y, algunas de estas limitaciones –producto de la falta de capacitación y el sentirse sin acompañamiento por parte de los gestores– podrían abordarse si leyes y reglamentaciones son sustentadas en directivas políticas y de gestión que orienten y oficien de soporte a las prácticas, ampliando –más allá de cada núcleo disciplinar– las capacidades de actuación de los trabajadores (18).

La internación por motivos de salud mental en los hospitales generales –constatada en los ocho hospitales estudiados– reviste importancia si entendemos que, generalmente, la llegada de pacientes al hospital monovalente se da a partir de situaciones de crisis no abordadas en otros servicios del sistema de salud. De este modo, las medidas adoptadas para el sostenimiento de tratamientos de forma ambulatoria –en nuestro caso, la implementación de equipos de acompañantes terapéuticos y la creación del DISUSM– revelan su importancia estratégica en tanto ampliaron las capacidades de los hospitales para alojar situaciones de crisis que necesitan internación. Claro que, como observado en nuestros hallazgos, es necesario estar advertidos de hacer un uso terapéutico, eficiente y eficaz de estos recursos. Particularmente respecto a los acompañantes terapéuticos, obtuvimos testimonios que daban cuenta –en algunas oportunidades– de un uso custodial de este recurso y/o como condición *sine qua non* para permitir la internación.

El debate en torno a la infraestructura adecuada para llevar adelante las internaciones está a la orden del día y en tensión permanente. En la mayoría de los servicios se realiza en salas de internación general, pero fue planteado en varias oportunidades las complicaciones que esto acarrea, acompañado del pedido de un espacio exclusivo, separado, para la internación por salud mental. Entendemos que esto es parte de los riesgos y desafíos inherentes a la complejidad de nuestro campo, necesarios de ser evaluados permanentemente.

La escasez de datos epidemiológicos publicados sobre salud mental es un dato alarmante que no puede dejar de ser analizado e incluido en el marco de otras falencias del sistema a la hora de planificar y ejecutar políticas en el área. Según datos publicados del Ministerio de Salud argentino (19), entre mayo de 2010 y mayo de 2011 se observan cambios en las proporciones de camas destinadas a Salud Mental según tipo de institución, y refieren una reducción de camas en hospitales monovalentes de 14,8% (de 10.465 a 8.914), aumentando en hospitales polivalentes un 37,7%, (de 857 a 1.180) y un 82% (de 460 a 837) en dispositivos comunitarios, denominados “residencias comunitarias”.

Tomando estos datos, e intentando contrastarlos con la realidad de la ciudad de Rosario, entendemos necesario ser cautelosos a la hora de pensar el cierre de los hospitales psiquiátricos pues, en tiempos de políticas de ajuste y achicamiento del Estado, la reducción paulatina de camas en monovalentes no necesariamente implica su sustitución vía la creación de nuevos servicios y dispositivos comunitarios. A modo de ejemplo, Almeida et al. (20) expresan que según datos del Sistema Informático para el registro de internaciones (Diagnose) del año 2017, en los últimos años se observa una reducción de 19 camas en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” (uno de los tres hospitales monovalentes provinciales). Esto, que podría pensarse –y presen-

tarse— como un dato auspicioso respecto a un proceso de transformación de los modos de asistencia, no sería tal sin consideramos que “el destino de las mismas terminó siendo derivaciones a instituciones del ámbito de lo privado” (20).

Según Belizan et al. (21), las falencias en la articulación entre los diferentes niveles de atención y las dificultades en la coordinación intersectorial podrían explicar la persistencia de la brecha en cuanto al acceso efectivo a los tratamientos de quienes más lo necesitan. Si bien existen, en la ciudad de Rosario, dispositivos llamados sustitutivos, como definidos en los “Lineamientos prioritarios de la política de Salud Mental en la provincia de Santa Fe” (22), estos no logran conformar una red de asistencia sólida que sustituya la necesidad de la utilización de las instituciones monovalentes. Para nuestros entrevistados, esto también motiva que personas en condiciones de ser externadas, tengan que permanecer internadas, sea en el hospital general, sea en el monovalente.

A modo de conclusión

Las prácticas en salud mental en los hospitales generales, en particular las internaciones, han crecido —en algunos hospitales existen hace tiempo— y se están consolidando en los últimos años. La sanción de la ley 26.657 afianzó el proceso de avance hacia el cambio de paradigma en la asistencia del padecimiento psíquico.

Para esto, hemos visto que han sido implementados recursos que, cuando está claramente definida su función, propician y potencian estas prácticas. Pero también hemos constatado que estas potencialidades se ven limitadas cuando observamos las posibilidades de articulación, coordinación e intersectorialidad que requieren algunos abordajes.

El acompañamiento parcial por parte de las instancias centrales de gestión, traducido en la escasez de directivas que vayan más allá de la letra de las leyes y reglamentaciones, que planteen objetivos claros y concretos, ejecutados a partir de una planificación y organización de servicios ordenada y coherente con la realidad del sistema de salud y las necesidades de la población, con estrategias de capacitación permanente para quienes trabajan en el campo, contribuye a la permanencia en el tiempo de varias de las limitaciones apuntadas por quienes entrevistamos.

La importancia de un Plan de Salud Mental, con objetivos y lineamientos claros, puede proporcionar cierta coherencia y cohesión a las prácticas a lo largo del sistema y facilitar el funcionamiento articulado del mismo. Para que esto sea posible, es también imprescindible y prioritaria, la creación de aquellos servicios y dispositivos capaces de alojar en la comunidad todas las dimensiones que hacen a la complejidad inherente a los padecimientos mentales. Sin la apertura de los servicios territoriales que cubran la demanda existente, no es posible pensar en sustituir al hospital monovalente. ■

Referencias bibliográficas

1. Greenhill M. Psychiatric Units in General Hospitals. *Hospital Community Psychiatry* 1979; 30:169-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/367914>[último acceso 5 de mayo de 2018]
2. Botega NJ. Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. 4ª Ed. Porto Alegre, Artmed; 2017.
3. Botega NJ, Dagalarrondo P. Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o psíquico. Sao Paulo, Editora Hucitec, 1992.
4. Organización Mundial de la Salud. Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo (Serie de Informes Técnicos, 564). Ginebra: OMS; 1975.
5. Organización Mundial de la Salud. Mental Health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. (Technical Report Series, 698). Geneve: WHO; 1984.
6. Organización Mundial de la Salud. Quality assurance in mental health. (Division of Mental Health). Geneve: WHO; 1990.
7. OMS/OPS. Declaración de Caracas: conferencia reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina. Caracas, OPS, 1990.
8. ONU. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. NuevaYork, ONU, 1984.
9. ONU. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. NuevaYork, ONU, 1991.
10. ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. NuevaYork, ONU, 2006.
11. ONU. Salud mental y derechos humanos. NuevaYork, ONU, 2017.
12. OMS/OPS. Principios de Brasilia: “15 años después de Caracas”. Brasilia, OMS/OPS, 2005.
13. OMS/OPS. Consenso de Panamá: “20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”. Panamá, OMS/OPS, 2010.
14. República Argentina. Ley Nacional No 26.657. Congreso de la Nación 2010.
15. Marradi A, Archenti N, Piovani J. Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Emecé Editores, 2007.

16. Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998.
17. Faraone S, Valero AS. Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales. Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2013.
18. Campos GWS. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *SALUD COLECTIVA* 2005; 1(1): 59-67.
19. Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, Negro L, Paz A, Venesio S. Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Rev Argent Salud Pública* 2011; 2(8):43-46.
20. Almeida V, Chidichimo M, Coll L, Orpinell F, Pochettino C, Valdano L. Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el Manicomio no es achicar el Estado. *Cadernos CEAS*, 2017, 242:657-671.
21. Belizán J, Borda M, Cisneros C, Davila A, Huerta A, Quadri A, Rodríguez A. Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud* 2013; 10(1):31-58.
22. Augsburg AC, Gerlero SS, Taboada E (Comps.). Las políticas públicas en Salud Mental a cinco años de sanción de la Ley Nacional. Editorial Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2016.