

## Propuesta para la gestión de internaciones involuntarias en el ámbito ambulatorio

### *Proposal for the management of involuntary hospitalizations in the outpatient setting*

Ezequiel Mercurio<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i170.948>

#### Resumen

Las internaciones involuntarias en salud mental representan un desafío para los profesionales que trabajan en servicios ambulatorios, debido a las tensiones entre la necesidad terapéutica y las críticas desde el enfoque de derechos humanos. Para una gestión adecuada estas prácticas se requieren dos niveles de intervención: la valoración del riesgo de daño y la gestión acorde al nivel de riesgo evaluado. Para ello se proponen recomendaciones prácticas para la gestión de internaciones involuntarias en diferentes contextos de atención ambulatoria. Se analizan seis escenarios distintos de atención: 1) servicios ambulatorios dentro de hospitales especializados o generales; 2) servicios de atención ambulatoria de gestión pública; 3) servicios de atención ambulatoria de gestión privados dentro de centros asistenciales, 4) servicios de atención ambulatoria de gestión privados fuera de centros asistenciales; 5) consultorios privados y 6) telepsiquiatría. Para cada escenario se proporcionan recomendaciones específicas sobre los procedimientos de derivación, el manejo de la seguridad del paciente y la coordinación entre profesionales e instituciones. Contar con protocolos claros y guías de actuación permiten reducir la incertidumbre profesional, evitar improvisaciones y garantizar una atención adecuada.

**Palabras clave:** internación involuntaria, salud mental, atención ambulatoria, gestión del riesgo

#### Abstract

*Involuntary commitment in mental health represent a challenge for professionals working in outpatient services, due to tensions between therapeutic necessity and criticisms from a human rights perspective. Effective management of involuntary commitment requires a dual-level approach: comprehensive risk assessment followed by appropriate risk management. This paper outlines practical guidelines for managing involuntary detention across diverse outpatient settings. We analyze six distinct healthcare scenarios: 1) outpatient services within specialized or general hospitals; 2) public outpatient care services; 3) private outpatient care services within healthcare centers; 4) private outpatient care services outside healthcare centers; 5) private practice offices; and 6) telepsychiatry. For each scenario, we provide detailed recommendations addressing referral protocols, patient safety measures, and inter-professional-institutional coordination. Our findings suggest that implementing clear protocols and standardized guidelines significantly reduces professional uncertainty, minimizes improvisation in critical situations, and ensures consistent, high-quality patient care.*

**Keywords:** Involuntary commitment, mental health, outpatient services, risk management

RECIBIDO 12/12/2024 - ACEPTADO 5/3/2025

<sup>1</sup>Médico especialista en psiquiatría y medicina legal. Magister en Ciencias Criminológico Forenses. Centro de Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. [orcid: https://orcid.org/0000-0002-0521-6981](https://orcid.org/0000-0002-0521-6981)

#### Correspondencia:

[ezequielmercurio@gmail.com](mailto:ezequielmercurio@gmail.com)



## Introducción

A más de una década de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, las tensiones en torno a su aplicación siguen vigentes (Mercurio & Silva, 2021; Peiró, 2020).

Uno de los puntos de mayor tensión gira alrededor de las internaciones. Durante el 2019, se realizaron en la Ciudad de Buenos Aires más de 2700 internaciones involuntarias<sup>1</sup>, lo que representa una tasa aproximada de 118 cada 100 mil habitantes. Esta cifra es similar a la reportada en España, menor a la de Países Bajos, Australia y Francia y mayor a la reportada en países como Irlanda, Nueva Zelanda y Dinamarca (Rains et al., 2019). Las internaciones involuntarias por motivos de salud mental son medidas terapéuticas excepcionales que implican una privación de la libertad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011, nota 50; Mercurio & Silva, 2021). Dado su carácter coactivo dichas medidas son objeto de fuertes críticas desde el campo de los derechos humanos (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2014, pág. 16; 2022; Consejo de Derechos Humanos, 2019, párr. 12 y ss; Naciones Unidas; 2015).

En este marco, donde la internación involuntaria, como medida terapéutica de carácter coactiva recibe fuertes críticas desde el campo de los derechos humanos, muchos profesionales enfrentan una gran incertidumbre, temores y desafíos al momento de gestionar dicha indicación en contextos de atención ambulatoria.

En la práctica actual, las internaciones que provienen de ámbitos de atención ambulatoria cuentan con la intervención de varios profesionales para la gestión de dicha indicación: 1) el profesional que indica la internación en su consultorio, 2) el profesional que participa en el traslado del paciente a la institución, 3) el equipo interdisciplinario del centro asistencial, quien en definitiva decidirá o no la internación. Esto representa un desafío en los casos concretos ya que pueden existir opiniones profesionales diferentes sobre la pertinencia o no de la internación en un mismo caso.

Las internaciones involuntarias en salud mental requieren de dos niveles: 1) la valoración del riesgo de daño para sí o para terceros como consecuencia de un padecimiento psíquico y 2) la gestión adecuada del caso en base a la valoración realizada en 1).

La gestión del caso debe ser congruente con el nivel del riesgo evaluado. Si el riesgo de daño para sí o para terceros que se ha evaluado es elevado, se requiere una respuesta rápida para intentar disminuir dicho riesgo. Si la decisión profesional es que la hospitalización involuntaria es la medida más conveniente para el caso, esta debe ser gestionada de manera adecuada. La gestión adecuada del caso tiene por objeto resguardar la seguridad del paciente y por añadidura disminuir el riesgo medico-legal del profesional.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es presentar una propuesta a modo de recomendaciones para la gestión de las internaciones involuntarias en diferentes contextos de atención ambulatoria. No se abordarán cuestiones relacionadas con la evaluación y valoración del riesgo de daño para sí o para terceros ni sobre el concepto de riesgo cierto e inminente (artículo 20 de la Ley 26657) Para ello pueden consultarse otras publicaciones específicas (Redacción Clepios, 2019; Silva, 2017; Ghioldi & Toro Martinez, 2010; Toro Martinez, 2011; 2013; Pueyo & Redondo Illescas, 2007; Arbach & Pueyo, 2007; Arbach, Pueyo, Pomarol-Clotet, & Gomar-Sones, 2011; Pueyo & Arbach, 2014; National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health, 2018; Woodford et al., 2019; Carter et al. 2017)

## Aspectos médico legales en la valoración y gestión del riesgo

En el contexto actual, si bien las internaciones involuntarias se encuentran previstas en nuestra legislación (artículo 20 de la Ley 26657 y artículo 41 del Código Civil y Comercial) estas medidas reciben intensas críticas desde el campo de los derechos humanos. Esta situación expone a los profesionales a una gran tensión e incertidumbre sobre cómo intervenir en ciertos escenarios. Además, muchos expresan temores relacionados con el riesgo médico-legal que pueden implicar sus decisiones, prácticas y conductas terapéuticas.

La responsabilidad profesional del psiquiatra operará cuando la conducta del paciente haya sido razonablemente previsible, y debería haberse previsto, y pudo haberse evitado en esas circunstancias de tiempo y lugar. Asimismo se requiere que el profesional haya

---

1. Resulta complejo determinar con precisión el número de internaciones involuntarias ya que se dispone del número de intervenciones del equipo de abogados y abogadas de la defensa pública del artículo 22 de la ley 26657, que participan en los casos donde no se encuentra discutida la restricción de la capacidad jurídica. En este último caso participan los defensores/as públicos/as curadores/as. Ministerio Público de la Defensa. Defensoría General de la Nación. (2019). Informe Anual, p. 115.

actuado con descuido, temeridad o desconocimiento (Espector, 2014). En este sentido, dicho autor señala que “el riesgo médico legal del psiquiatra [...] se minimiza, cuando se aplican conductas idóneas, prudentes y diligentes, cumpliendo con la *lex artis* actualizada y consignando la conducta en una historia clínica cuidadosamente confeccionada” (Espector, 2014).

Como se ha señalado, una internación involuntaria esta compuesta por dos niveles: la valoración del riesgo de daño para sí/o para terceros y la gestión acorde a nivel del riesgo valorado. En este sentido, la jurisprudencia se ha expedido sobre la responsabilidad profesional y/o institucional en ambos niveles (la valoración y gestión).

Por ejemplo, con relación a la valoración del riesgo Espector (2014) señala que: “(u)na fuente frecuente de juicios contra los psiquiatras es por no haber podido diagnosticar un riesgo suicida evidente y, en consecuencia, no haber adoptado las medidas preventivas”. En este mismo sentido se ha señalado que: “es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de una enfermo mental, siempre dentro de las regales de la *lex artis*, o que, advirtiéndola no toma las medidas de prevención oportunas” (Llamas Pombo, 1998 citado por Kraut, 2000).

Con respecto a la gestión se ha señalado que se trata de “...tomar las medidas de seguridad pertinentes y aplicar el tratamiento adecuado” (Grisetti, 2009, p. 2950) En este mismo sentido Espector (2014) señala que: “Si el psiquiatra conoce o, al estar claro el cuadro, razonablemente debía conocer que el paciente representa riesgo, asume un deber legal específico que lo obliga a protegerlo inmediatamente, debiendo indicar y utilizar todas las medidas de cuidado disponibles, adecuadas, oportunas, razonables y proporcionales al riesgo, entre las que se encuentra la internación en un establecimiento especializado que cuente con los medios necesarios (profesionales y de infraestructura) para brindarle la contención apropiada que lo proteja de sus impulsos autodestructivos.

Dicho de otro modo, cuando el especialista ha detectado riesgo suicida, se le impone la obligación jurídica de obrar, extremándose la exigencia de proteger la vida de su paciente, a partir de la necesidad inmediata de vigilancia, cuidado, seguridad y tratamiento. Es menester considerar que el deber de seguridad y cuidado debe ser directamente proporcional al riesgo conocido o conocible a través de un adecuado ejercicio profesional” (p 70).

Por su parte con respecto a la seguridad del paciente frente a una situación de riesgo cierto e inminente la jurisprudencia ha señalado que: “...la falta de medidas adecuadas de seguridad ante las características de la patología que presentaba el paciente, las que exigían la internación para lograr su objetivo, por encontrarse en una situación de riesgo cierto e inminente para sí, hace responsable en el caso al hospital público dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por entender que esa falta de diligencia del personal dependiente de la parte demandada o de la debida organización del hospital fue causa adecuada del desenlace fatal” (M. M. y otro c/G.C.A.B.A. y otros s/daños y perjuicios. Expte. N° 104.077/2004).

También la jurisprudencia se ha ocupado del traslado, seguridad y control de los pacientes a un lugar adecuado: “Trasladar a un lugar adecuado que permita cuidado, seguridad y control de sus conductas, estructuralmente acondicionado para el fin propuesto, en orden a facilitar la observación permanente e impedir en lo posible los comportamientos auto o heteroagresivos (F. V. c/ Gobierno De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires y Otro S/ Daños Y Perjuicios.)

## La gestión de la internación en servicios de atención ambulatoria

Los profesionales de la psiquiatría deben enfrentarse en la práctica cotidiana a escenarios y situaciones complejas en el ámbito de la atención ambulatoria tanto pública como privada. Se han identificado ciertas situaciones recurrentes que desafían la práctica asistencial (*ver Cuadro 1*).

Frente a los desafíos de la práctica enunciados en el *Cuadro 1* los profesionales ponen en marcha una serie de conductas y prácticas que en algunos casos llevan a una gestión inadecuada (*ver Cuadro 2*).

Una vez que el profesional, luego de la evaluación y valoración del paciente, estimó que la indicación más ajustada para el caso es la internación involuntaria deberá gestionarla de manera adecuada de acuerdo al escenario en el que se encuentre.

En este marco se presentarán a continuación una serie de recomendaciones, desarrolladas en base a la experiencia en psiquiatría forense del autor, a modo de propuesta para la gestión de la internación en los escenarios más frecuentes en el que se desempeñan los profesionales en la atención ambulatoria.

**Cuadro 1. Desafíos en la práctica ambulatoria\***

Múltiples profesionales intervinientes en la gestión de la internación involuntaria.
Rechazo por parte del paciente de la indicación de internación involuntaria.
Rechazo por parte de los familiares del paciente de la indicación de internación involuntaria.
Falta de adecuación en los espacios de espera para la supervisión de la seguridad de los pacientes antes de la derivación.
Falta de personal para acompañar al paciente previo al traslado.
Falta de sistema de ambulancia para la derivación del paciente.

\* Las situaciones que se enumeran no pretenden ser una lista exhaustiva de todos los desafíos de la práctica sino una muestra a modo de ejemplo de las más recurrentes.

**Cuadro 2. Conductas profesionales que llevan a una gestión inadecuada**

Firmar el rechazo de la indicación de internación involuntaria por parte del paciente.
Firmar el rechazo de la indicación de internación involuntaria por parte del/los familiar/es.
Dejar al paciente a la espera de la derivación en lugares inadecuados en cuanto al resguardo de su seguridad.
No supervisar, ni contener, ni evaluar de forma periódica al paciente durante la espera de la derivación.
Que el paciente se traslade solo o con un familiar al lugar de internación.

**Escenario A**

**Servicio de atención ambulatoria dentro de un Hospital o Clínica Especializados en Salud Mental o en un Hospital General**

En este escenario el Servicio de atención ambulatoria y el lugar donde se realizará la internación se encuentran en el mismo predio edilicio. En este caso la recomendación es que el paciente sea trasladado y acompañado por personal de salud (médico/a, psicóloga/o, enfermero/a) desde el

Servicio de atención ambulatoria hasta la Guardia donde se realizan las evaluaciones e ingresos para la internación, junto con la indicación de internación y la historia clínica (si hubiera una propia del servicio ambulatorio) o un resumen de la misma. Teniendo en cuenta que se trata de una internación que se realizará dentro de la misma institución, la historia clínica del Servicio de atención ambulatoria podrá ser tenida a la vista, analizada por el equipo interdisciplinario de Guardia para una mayor comprensión y visión integral del caso, y luego será regresada al Servicio de atención ambulatoria.

**Escenario B**

**Servicio de atención ambulatoria externo en el ámbito de la gestión pública**

En este escenario el Servicio de atención ambulatoria y el lugar donde se realizará la internación no se encuentran en el mismo predio edilicio. Estos podrían ser los casos de los Centros de Salud y Atención

Comunitaria y/o Centros de Salud Mental. En estos casos la recomendación es solicitar la derivación al hospital de referencia del Centro mediante el Sistema de Atención Médica de Emergencia local (por ejemplo, el SAME, en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, o algunos municipios de la provincia de Buenos Aires). En estos casos la recomendación es que el paciente sea trasladado por un sistema de ambulancia hacia la Guardia del hospital de referencia, donde será evaluado por un equipo interdisciplinario, adjuntando la orden de internación y un resumen de historia clínica. Es recomendable que los profesionales del Centro de Salud se comuniquen con sus colegas de la Guardia del hospital de referencia, ya que pertenecen a la misma Área programática. Esto permite compartir antecedentes relevantes del caso y realizar una derivación referida con una comunicación directa entre el equipo que deriva y el que recibe. Establecer puentes de comunicación inter e intrainstitucionales mejora los procesos de derivación.

**Escenario C**

**Servicio de atención ambulatoria externo en el ámbito de la gestión privada fuera de un centro asistencial**

En este escenario el Servicio de atención ambulatoria y el lugar donde se realizará la internación no se encuentran en el mismo predio edilicio. Estos podrían ser los casos de Centros de consultas externas de gestión privada donde las internaciones en salud mental



se encuentran tercerizadas en clínicas especializadas en salud mental. En estos casos la recomendación es solicitar la derivación por el sistema de emergencia general o de salud mental propio de la obra social o de la empresa de medicina prepaga a través de la cual presta servicios la institución. En casos particulares puede solicitarse al sistema público la derivación a través del SAME<sup>2</sup>.

Se recomienda que tanto en los escenarios B como C el paciente aguarde la derivación en un lugar seguro, bajo supervisión, control y contención profesional hasta que se efectivice la misma.

## Escenario D

### **Servicio de atención ambulatoria externo en el ámbito de la gestión privada dentro de un centro asistencial**

En este escenario el Servicio de atención ambulatoria se encuentran dentro de un Hospital o Centro asistencial pero en éste no se realizan internaciones en salud mental. Estos podrían ser los casos de consultorios externos de salud mental dentro de hospitales o clínicas de atención general pero donde las internaciones en salud mental se encuentran tercerizadas en clínicas especializadas en salud mental. En estos casos la recomendación es solicitar la derivación por el sistema de emergencia general o de salud mental propio de la obra social o de la prepaga a través de la cual presta servicios para la institución. En este escenario es recomendable que el paciente sea acompañado hacia el área de guardia general hasta esperar la derivación solicitada. Esto permitirá una mejor supervisión, control y atención sanitaria hasta que se efectivice la derivación.

## Escenario E

### **Atención ambulatoria en consultorio privado**

En este escenario el profesional trabaja de forma independiente en su consultorio privado. En este caso surgen diferentes recomendaciones que deben adaptarse a cada paciente. Para los casos en los que pacientes cuenten con un sistema de obra social o prepaga, el profesional debe conocer los mecanismos de derivación para los casos de internación por salud mental (teléfonos dónde comunicarse, lugares y centros de derivación). En ese caso se recomienda intervenir como

en el escenario C. Para los casos en los que pacientes no cuenten con un sistema de obra social o prepaga, se recomienda intervenir como en el escenario B, solicitar la derivación por el sistema de emergencia público. En los casos de profesionales independientes que ejercen su práctica en consultorio de forma privada, también podría ser recomendable contar con un sistema de atención médica de emergencia privado.

## Escenario F

### **Atención ambulatoria por vía remota (telepsiquiatría)**

En este escenario en general el profesional trabaja de forma independiente en su consultorio privado pero la consulta se desarrolla por vía remota (video conferencia / video llamada). En algunos casos los consultantes y profesionales se encuentran en ciudades diferentes, por tal motivo es recomendable que el profesional se familiarice y conozca los canales y procesos de derivación de los sistemas de emergencias locales (Shore, Hilty & Yellowlees, 2007). En estos casos es recomendable contar con teléfonos de contacto con familiares y/o allegados que forman parte de la red del consultante para el caso que durante la consulta con el paciente la comunicación se interrumpa y/o deban dejarse pautas de intervención. En este caso como en el escenario E surgen diferentes recomendaciones que deben adaptarse a cada paciente. El profesional debe conocer si su paciente cuenta o no con obra social o prepaga y los sistemas de derivación de cada caso. Si el paciente cuenta con obra social o prepaga, se recomienda que el profesional se comuniquen con ellas, solicitar la derivación del paciente y comunicarse con los familiares o red apoyo para informarlos de la situación y que puedan estar en contacto directo y junto al paciente de forma presencial. Es recomendable que el profesional mantenga un contacto constante con el paciente, con el objeto de brindar apoyo y contención y también con su familia/red hasta que se efectivice la derivación. Para el caso que paciente no cuente con obra social o prepaga, la recomendación es similar, solo que se recomienda solicitar la derivación a través del sistema público de emergencias. Para los casos en que los consultantes no estén dentro del territorio argentino, resulta recomendable que los profesionales conozcan las normas, procesos y vías de derivación

2. Estos casos particulares podrían incluir situaciones de emergencia que requieren una rápida y urgente atención y no resulta posible esperar los tiempos administrativos para la ubicación de una plaza de internación o la derivación a un centro privado. En esos casos los pacientes deben ser trasladados de forma urgente a un hospital general.

del país donde se encuentre el paciente. En todos los casos de atención mediante telepsiquiatría se debe informar con claridad y precisión los alcances y limitaciones de la atención a distancia, así como también los procesos que se llevarán adelante en caso de requerirse un internamiento involuntario.

Las internaciones involuntarias son una de las alternativas terapéuticas disponibles para los profesionales de la salud mental, previstas en la legislación nacional y que deben ser indicadas en casos específicos (artículo 20 de la Ley 26657 y artículo 41 del Código Civil y Comercial). Por lo tanto, cuando un profesional de la salud mental se enfrenta a una situación clínica en la que su paciente requiere una internación involuntaria, la gestión de la misma no podría, salvo situaciones particulares, ser considerada una situación imprevisible. Es por ello que es crucial que todos los profesionales cuando ingresan a una institución, o comienzan la atención de un nuevo paciente, conozcan con precisión los canales y procedimientos para la derivación de sus pacientes y/o de las instituciones en las que trabajan.

Para todos aquellos casos en los que se valoró, luego de la evaluación profesional, la indicación de una internación involuntaria y el paciente se retira del establecimiento antes de que se efectivice una derivación, es recomendable que se dé aviso a las fuerzas de seguridad. Esto se encuentra fundado en que, de acuerdo a lo reglamentado en el artículo 20 del decreto 603/13, las fuerzas de seguridad de seguridad que tomen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanita-

rias que corresponda<sup>3</sup>. En forma similar se encuentra contemplado en el artículo 42 del Código civil y Comercial<sup>4</sup>. En otras palabras, el profesional valoró, en el contexto de una atención ambulatoria, una situación de riesgo cierto e inminente y solicitó la derivación correspondiente para realizar una evaluación interdisciplinaria e internación. Sin embargo, el paciente se retiró del establecimiento antes de la derivación. La comunicación a las fuerzas de seguridad es clave para alertarlas de que dicho paciente se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente y que en caso de ser encontrado por éstas, deben informar al sistema de emergencias y/o trasladar al paciente a un centro de salud si su estado no admite dilaciones.

En ninguno de los escenarios planteados en A, B, C, D o E, es recomendable que el profesional luego que valoró la necesidad de una internación involuntaria, le extienda al paciente una orden de evaluación interdisciplinaria e internación, para que se traslade solo o con sus familiares a un centro sanitario. Dependiendo de cada caso, la derivación para internación involuntaria puede tratarse de una situación de urgencia<sup>5</sup> o emergencia médica<sup>6</sup>. En ambos casos, la derivación debe realizarse con supervisión y control por parte de profesionales de la salud de manera similar a lo que ocurre con otras especialidades médicas. Para una orientación y guía para la clasificación de los casos en base a los diferentes niveles de urgencia y prioridad para la atención y traslado en el ámbito de la salud mental pueden consultarse las propuestas de *Triage* realizadas por Mazzoglio y col. (2020; 2023).

Por otro parte, cabe resaltar con respecto a la negativa de los familiares o del paciente a la indicación de internación involuntaria que “la internación invo-

3.El Ministerio de Seguridad en el 2013 aprobó la resolución nro. 506 las “Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros”.

4.Artículo 42.- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.

5.Por ejemplo, en un paciente en el que se valora un riesgo de suicidio que se ha elevado al momento de la consulta, que no ha respondido a los tratamientos instaurados, plantea una situación seria que requiere atención y tratamiento a tiempo, pero en el que no está en riesgo su vida o su salud de forma inmediata y, por lo tanto, la derivación para su internación debe realizarse en el corto plazo, pero existe un tiempo prudencial para que se efectivice. Todos los casos que se valoran con indicación de internación involuntaria requieren supervisión, control, monitoreo y revisión constante con el objetivo de contener al paciente y pesquisar cambios bruscos que puedan hacer modificar la situación a una emergencia. Es decir se trata de una condición dinámica.

6. Por ejemplo, un paciente que llega a la consulta externa y menciona que ha realizado una sobreingesta de psicofármacos minutos previos a la consulta. Otra situación podría ser el caso de un paciente que presenta durante la consulta un episodio de agitación motriz con autoagresión. Son casos en los que se requiere una atención rápida e inmediata, ya que la salud y la vida del paciente se encuentra en una situación actual de amenaza.

luntaria es una indicación terapéutica que surge luego de un proceso de evaluación y diagnóstico profesional y no por una conveniencia de familiares, allegados o terceros. Es en este mismo sentido que la negativa a la internación por parte de los familiares, allegados o terceros, no es un motivo fundado para no gestionar una internación que se ha indicado profesionalmente” (Mercurio & Silva, 2021).

## Conclusiones

Las internaciones involuntarias por motivos de salud mental son medidas terapéuticas excepcionales que implican una privación de la libertad. Por su carácter coactivo, reciben importantes críticas desde el campo de los derechos humanos. En este contexto, muchos profesionales se encuentran frente a una gran incertidumbre de cómo deben intervenir ante ciertos escenarios de atención ambulatoria y también a una serie de temores relacionados con el riesgo medico-legal que pueden implicar sus decisiones, prácticas y conductas terapéuticas.

La responsabilidad profesional del psiquiatra, al igual que en otras especialidades, operará cuando la conducta del paciente haya sido razonablemente previsible, y debería haberse previsto y pudo haber sido evitada en esas circunstancias de tiempo y lugar.

Las internaciones involuntarias requieren de dos niveles: 1) evaluación y valoración de la presencia de riesgo, cierto e inminente y 2) la gestión adecuada del caso en base a la valoración realizada en 1). La gestión del caso debe ser congruente con el nivel del riesgo valorado. Si el nivel de riesgo de daño para sí o para terceros que se ha evaluado es elevado, se requiere una respuesta rápida para intentar disminuir dicho riesgo y, si la decisión profesional es que la hospitalización involuntaria es la medida más conveniente, esta debe ser gestionada de manera adecuada. La gestión adecuada del caso tiene por objeto mantener la seguridad del paciente y por añadidura disminuir el riesgo médico legal del profesional.

La práctica asistencial en servicios de atención ambulatoria presenta desafíos (*ver Cuadro 1*) en la gestión de las internaciones involuntarias. En estos contextos, se han identificado ciertas conductas profesionales que llevan a una gestión inadecuada de dichas medidas terapéuticas (*ver Cuadro 2*).

Tener una hoja de ruta clara y precisa de cómo gestionar una internación involuntaria cuando un profesional presta sus servicios en centro de atención ambulatoria, reduce la incertidumbre de cómo intervenir,

evita improvisaciones y pérdidas de tiempo innecesarias. Todo ello redundará en una mejor y más adecuada atención de cada paciente de acuerdo a sus necesidades.

En este trabajo se presentó una propuesta para la gestión de las internaciones involuntarias de acuerdo a los escenarios más frecuentes donde se desarrolla la atención ambulatoria en salud mental. Se considera que este podría ser el punto de partida para generar un mayor interés y debate en esta temática. La búsqueda de consensos de expertos que puedan emitir guías y recomendaciones en este campo se presenta como una línea crucial para futuros trabajos.

**Conflicto de intereses:** el autor declara no tener conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Arbach, K. & Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20 *Papeles del Psicólogo*, 28, 3, septiembre-diciembre, 174–186.
- Arbach-Lucioni, K., Andres-Pueyo, A., Pomarol-Clotet, E., & Gomar-Sones, J. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: a prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 203–222.
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(6), 387–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas. Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en las Américas Disposición General. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 diciembre 2011.
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (2014). Informe del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad sobre su 12º período de sesiones (15 de septiembre - 3 de octubre de 2014) CRP-D/C/12/2.
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (2022). Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. CRPD/C/5.
- Defensoría General de la Nación. (2019). Informe Anual.
- Espector, E. (2014). Temas de responsabilidad profesional en psiquiatría. Tomo II. Laboratorios Beta.
- Ghioldi, L.; Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente como único fundamento de la internación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXI, 89, 63–69.
- Grisetti, R. *Responsabilidad civil: El suicidio en el paciente psiquiátrico*. DJ21/10/2009, 2950.
- Llamas Pombo, E. (1998) La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos. Madrid: Trivium, citado por Kraut, A. (2000). Suicidio de un paciente psiquiátrico: un fallo ilustrado y justo. *Jurisprudencia Argentina*, II.
- Mazzoglio y Nabar, M., Pallares, C., Schraier, G., Sierra, V. Rubio Dominguez, E., Dumeynieu, I. (2020) Triage en guardia de salud Mental: propuesta de aplicación para un hospital de emergencias psiquiátricas de la Ciudad de Buenos Aires enmarcado en el concepto de riesgo. *Psiquiatría*, 40, Julio-Agosto, 13-22.

- Mazzoglio y Nabar, M., Algieri, R. D., Schraier, G., Lopez, B., & Giordano, S. (2023). Triage and Risk Concept: Application Proposal for Pre-Hospital Emergencies in a Psychiatric Ambulance in the City of Buenos Aires. *Open Journal of Emergency Medicine*, 11(1), 21-31.
- Mercurio, E. & Silva, D. (2021). La internación en Salud Mental. Tensiones entre modelos de atención médica y sus implicancias médico-legales. *Revista Argentina de Derecho Civil*, 10, IJ-MXIV-676.
- Naciones Unidas (2015). Informe del Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad. Aprobadas por el Comité en su 14º período de sesiones (17 de agosto a 4 de septiembre de 2015). A/72/55.
- National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH) (2018). *The assessment of clinical risk in mental health services*. Manchester: University of Manchester
- Peiró, C. (2020). La rara Ley de Salud Mental argentina que recela de la psiquiatría y la niega como ciencia médica, 22 de octubre, Infobae <https://www.infobae.com/sociedad/2020/10/25/la-rara-ley-de-salud-mental-argentina-que-recela-de-la-psiquiatria-y-la-niega-como-ciencia-medica/>
- Pueyo, A., & Arbach, K. (2014). Peligrosidad y valoración del riesgo de violencia en contextos forenses. En E. García-López (Ed.), *Psicopatología Forense: Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia* (pp. 505-525). Manual Moderno
- Pueyo, A. & Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., ... & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403-417.
- Redacción Clepios (2019). Entrevista a la Dra. Graciela Iglesias. *Clepios. Revista de profesionales en formación en salud mental*, xxv, 1, 18-21.
- Shore, J. H., Hilty, D. M., & Yellowlees, P. (2007). Emergency management guidelines for telepsychiatry. *General hospital psychiatry*, 29(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.01.013>
- Silva, D. (2017). La riesgosidad: un nuevo paradigma y desafío pericial. *Revista de actualidad en Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas*, 6, 145-160;
- Toro Martínez, E. (2011). La noción de 'situación de riesgo cierto e inminente en la Ley N° 26657/10'. *Revista Psiquiatría*, N° 16. 19-26.
- Toro Martínez, E. (2013) Capacidad y Riesgo en la Ley de Salud Mental y su decreto de Reglamentación: Luces y sombras del nuevo paradigma". *Revista Psiquiatría Forense Sexología Praxis de la AAP*, 31, 8,188-199.
- Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., Mitchell, A., & Carter, G. (2019). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(1), 23-40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12395>