Febrero de 2014

Documento de Trabajo № 21 | SALUD MENTAL

Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones

Estructura del Ministerio Público Tutelar de la CABA

› Asesoría General Tutelar
Asesora General Tutelar
Laura Musa
Secretaría General de Coordinación Administrativa
Rodolfo Medina
Secretaría General de Gestión
Secretaría General de Política Institucional
Ernesto Blanck

› Asesorías Generales Adjuntas
Asesora General Tutelar Adjunta de Incapaces
Magdalena Giavarino
Asesora General Tutelar Adjunta de Menores
María de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Asesorías ante el Fuero CAyT
Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones № 1
Gustavo Moreno
Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones № 2
Juan Vicente Cataldo
Asesora Tutelar de Primera Instancia № 1
Mabel López Oliva
Asesor Tutelar de Primera Instancia № 2
Juan Carlos Toselli
Asesor Tutelar de Primera Instancia № 3
Jorge Luís Bullorini

› Asesorías ante el Fuero PCyF
Asesor Tutelar de primera instancia № 1
Carlos Bigalli
Asesoría Tutelar de Primera Instancia № 1
Alfonsina Dumon
Asesoría Tutelar de Primera Instancia № 2
M. de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Oficinas de Atención al Público
Asesorías Tutelares de Primera Instancia ante el fuero CAyT
Paseo Colón 1333, 6º piso. Tel. 5299-4400 int 4775
Oficina La Boca - Barracas
Av. Alte. Brown 1250. Tel. 4302-1621
Oficina Villa Soldati - Nueva Pompeya
Av. Varela 3301. Tel. 4919-5908
Oficina Mataderos - Liniers
Cnel. Cárdenas 2707/15. Tel. 2053-9702

Ministerio Público Tutelar
Alsina 1826, CABA
Tel. (5411) 5297-8015/8016
agt@jusbaires.gov.ar
www.asesoriatutelar.gob.ar

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO NORMATIVO Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

2.1. Cambio de modelo para la atención de la Salud Mental

2.2. La Red de Salud Mental

2.3. Información Estadística

a) Admisiones y prestaciones ulteriores en Salud Mental

b) Internación

3. HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS: SU FUNCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA E INTERNACIÓN POR SALUD MENTAL

3.1. Los Hospitales Generales en la normativa de Salud Mental

3.2. Las Unidades de Internación en Hospitales Generales

a) Proyectos inconclusos

b) Unidades actualmente en funcionamiento

c) inexistencia de otros proyectos

3.3. Los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental de Guardias

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES

4.1. Régimen jurídico de las internaciones por salud mental

4.2 Estrategias de intervención identificadas

a) Hospitales con Unidad de Internación por Salud Mental.

b) Hospitales que excepcionalmente realizan internaciones de Salud mental en Salas de otras especialidades.

c) Hospitales que no realizan internaciones por Salud Mental (únicamente en Guardia)

5. PRINCIPALES DÉFICITS Y RESISTENCIAS IDENTIFICADAS

a) Falta de fortalecimiento de los Equipos de Salud Mental

b) Prolongación de las internaciones de guardia.

c) Dificultades y resistencias para efectivizar internación en Salas no especializadas

d) Déficit de enfermería especializada.

e) Falta de recursos alternativos en la Red de Salud Mental para favorecer los egresos

6. CONCLUSIONES

INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES[1]

1. INTRODUCCIÓN

A la luz de las problemáticas identificadas en la recepción y seguimiento de consultas individuales o reclamos institucionales atendidos por el Equipo Común de Intervención Extrajurisdiccional del Ministerio Público Tutelar de primera instancia ante el fuero CAyT, el presente informe se propone *realizar una caracterización de la intervención de los Hospitales Generales de Agudos en materia de internaciones por razones de Salud Mental*, desde la normativa vigente y las obligaciones asumidas por el Estado local.

El **Equipo Común de Intervención Extrajurisdiccional** (en adelante ECIE) integra el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires, cuya misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantía de niños, niñas y adolescentes y de las personas afectadas en su salud mental.

En este marco, el ECIE tiene por función específica la recepción y atención de los reclamos individuales e institucionales que se presentan ante las Asesorías Tutelares de Primera Instancia del fuero Contencioso, Administrativo y Tributario (en adelante CAyT), hasta su adecuada resolución por vía no jurisdiccional. Si ello no resultara posible, se realiza la derivación del caso a un/a Asesor/a para que evalúe el inicio de una demanda judicial. De manera complementaria, el Equipo es el responsable de las visitas e inspecciones institucionales, el desarrollo de apoyo técnico a las Asesorías en el marco de acciones judiciales, y la sistematización de déficits identificados en la política pública local en materia de infancia y Salud Mental, a fin de mejorar el desarrollo de estrategias judiciales y extrajudiciales.

Por las características del fuero, la gran mayoría de las intervenciones se orientan a exigir una adecuada intervención del Gobierno local –a través de políticas públicas acordes -

[1] Este documento fue elaborado por María Laura Anzorena y Karina Kalpschtrej, integrantes del Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la asistencia técnica de Ana Logiudice y Valentina Picchetti.

para garantizar y satisfacer los derechos sociales de niños, niñas y adolescentes y personas afectadas en su salud mental.

Estas tareas se encuentran a cargo de un equipo interdisciplinario compuesto por abogados/as, trabajadores/as sociales y profesionales de otras disciplinas de las Ciencias Sociales.

En cumplimiento de sus funciones, este Equipo ha recibido diversos reclamos desde los Hospitales Generales de Agudos vinculados a personas mayores de edad[2] internadas por razones de salud mental cuyos derechos fundamentales se hallan vulnerados por falta de cumplimiento a la normativa vigente en materia de abordaje de las problemáticas de Salud Mental, sobre todo aquellas relativas a la apertura de camas en los Hospitales Generales de Agudos para efectivizar, ante cuadros críticos, internaciones breves[3]. Entre los reclamos receptados, se destacan:

- Internaciones involuntarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con cama de internación (ni en el propio Hospital ni en otros).

- Internaciones evitables e innecesarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio (casa de medio camino, recurso habitacional, dispositivo de alojamiento, etc.).

- Internación en Sala del Hospital (no especializada en Salud Mental) por más de 1 año, por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio.

- Prolongación de internaciones en guardia por denegación por parte del SAME de realización de traslado interhospitalario del paciente por falta de DNI.

---

[2] Cabe señalar que al tratarse de niños, niñas o adolescentes, el control de debido proceso recae en la Asesoría General Tutelar que, a través de su Oficina de Salud Mental y Derechos Humanos, interviene en esos casos, conforme Resolución de la Secretaría de Salud porteña Nº 1956/2006 y Ley N° 448. Atento a esta división funciones específicas, es que el presente informe no abordará las internaciones por salud mental de personas menores de 18 años, ni la situación de los Hospitales Pediátricos. Para ampliar información sobre las acciones de la Oficina de Salud Mental y Derechos Humanos de la Asesoría General Tutelar de Ciudad de Buenos Aires entre 2007 y 2013 consultar: MPT (2013): *Niñez, Adolescencia y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007 – 2013*, pp. 160 y ss., Buenos Aires, editorial Eudeba.

[3] Cabe aclarar que este Equipo también impulsa Actuaciones Extrajudiciales relativas a vulneración de derechos de personas alojadas en Hospitales Monovalentes o que, habiendo sido externadas, el Estado local incumple con sus obligaciones relativas a brindar apoyos y sostenes adecuados para posibilitar una adecuada atención ambulatoria. Dado el recorte temático y metodológico, el presente informe no se abocará de manera directa al análisis de estas instancias de la red de salud mental, sin soslayar el carácter interdependiente de estas dimensiones de la política pública en la materia.

El hecho de que, en la mayoría de los casos, el recurso solicitado para subsanar estas situaciones fuera una plaza de internación en un Hospital Monovalente de Salud Mental devino una alarma. Lo cierto es que el progresivo cierre de la admisión en los Hospitales Monovalentes, no fue acompañado ni por la apertura de camas para internaciones breves por salud mental en los Hospitales Generales, ni por programas y dispositivos que sirvan de apoyos para el sostenimiento de estrategias de egreso y atención ambulatorias, lo que deviene en un nuevo corrimiento de las obligaciones del Estado, que vulneran los derechos fundamentales de las personas afectadas en su salud mental al ofrecer como alternativas o bien la institucionalización, o bien, por ausencia de dispositivos, la desresponsabilización respecto a los afectados.

A lo anterior se suman otras serias irregularidades detectadas a partir del impulso de Actuaciones Extrajudiciales de seguimiento y control del funcionamiento de 7 Hospitales Generales de Agudos[4]. En el marco de estas actuaciones pudo constatarse:

- **Falta de puesta en funcionamiento de Unidades de Internación por Salud Mental en Hospitales Generales**. A lo largo de los últimos 20 años la Ciudad de Buenos Aires tomó compromisos para avanzar en la apertura de camas de internación por salud mental en los Hospitales Pirovano, Durand, Tornú, Rivadavia y Argerich[5].

  Si bien con este objetivo se destinaron recursos presupuestarios, se realizaron obras y se efectuaron nombramientos, las Unidades de Internación por Salud Mental nunca fueron inauguradas. Los únicos dos Hospitales Generales que en la actualidad cuentan con este servicio - Álvarez y Piñero - fueron puestos en funcionamiento con anterioridad a la Leyes de Salud Mental nacional y local, hacia finales de la década de 1970.

[4]AE Nº 55/2009 “Hospital Ramos Mejía”, AE Nº AE 48/09 “Hospital Piñero”, AE Nº AE 46/2009 “Hospital Durand”, AE Nº 160/2010 “Hospital Vélez Sarsfield”, AE Nº 159/2009 “Hospital Zubizarreta”, AE Nº 45/09 “Hospital Fernández” y AE Nº 47/2009 “Hospital Pirovano”.

[5] Con respecto a la existencia de estos compromisos pueden leerse las declaraciones del Sub Secretario de Salud Pérez Baliño, en las del Ministros Lemus y de la Diputada Naddeo en Versión taquigráfica del debate del Presupuesto 2012 Comisión de Presupuesto, Hacienda, Administración Financiera y Política Tributaria, Ministerio de Salud, 17 de octubre de 2011; Presupuesto 2013, 1ero de noviembre de 2012. También con respecto a los hospitales Tornú y Durand puede verse volcado en el Documento “Acciones para la Transformación del Sistema de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires 2002-2006” – Dirección de Salud Mental del GCBA. Asimismo, pueden consultarse declaraciones públicas realizadas en mayo de 2007 por Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la CABA : “Es necesario cambiar la mentalidad” - Página 12 el 2/5/2007.

- **Falta de un sistema de capacitación permanente e integral y obligatoria en materia de Salud Mental desde una perspectiva acorde al respeto de los derechos fundamentales** de los usuarios, por parte de la Autoridad de Aplicación, Dirección General de Salud Mental, quedando estas iniciativas a cargo de cada Hospital o iniciativa personal de los profesionales.

- **Resistencias a adecuar el accionar de los equipos al principio de interdisciplinariedad en el abordaje**, que se cristaliza en la obstrucción en el acceso a los cargos de conducción de los equipos a los profesionales no médicos.

- **Ausencia de lineamientos compartidos entre los distintos servicios de Salud Mental para efectuar internaciones por Salud Mental en los Hospitales Generales**. Marcada atomización de las estrategias de intervención de cada Hospital.

En este marco, nos propusimos dar comienzo a un proceso de recolección y sistematización de información que sirva de insumo para mejorar las intervenciones judiciales y extrajudiciales, tanto en casos individuales, como colectivo o estructurales, que tramitan con intervención del Ministerio Público Tutelar ante el fuero CayT, a partir de los siguientes objetivos:

- Identificar las principales acciones desplegadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde la sanción de la Ley N° 448/00 para garantizar que las internaciones por razones de salud mental se efectúen en los Hospitales Generales de Agudos - tanto en materia de infraestructura edilicia como de recursos humanos - así como los principales déficits y obstáculos para su debida implementación.
- Caracterizar los Equipos Interdisciplinarios de las Guardias de los Hospitales Generales en lo que refiere a: funciones, conformación, principales fortalezas y déficits identificados por los equipos para el desarrollo de sus funciones, características de la intervención ante la atención de casos que requieren internación por motivos de salud mental.
- Caracterizar las distintas estrategias y circuitos de intervención implementados por los equipos profesionales de los Hospitales Generales de Agudos ante la recepción de casos que requieren internación por razones de salud mental, identificando la interrelación entre los Equipos Interdisciplinarios de Guardia, los Servicios de Salud

Mental, las Unidades de Internación cuando hubieran sido creadas y el SAME; señalando principales fortalezas y debilidades.

- Explorar la adecuación de las prácticas institucionales en relación a la normativa vigente en relación (notificaciones e informes bajo responsabilidad de los Equipos Interdisciplinarios, capacitación relativa a la nueva perspectiva de intervención; adecuación al principio de interdisciplina).

Las fuentes utilizadas para la realización de este estudio, han sido:

- Respuestas a Oficios de pedido de información ante la identificación de irregularidades y entrevistas con Directores/as y responsables de los Equipos de Salud Mental, en el marco del impulso de actuaciones extrajudiciales de monitoreo del funcionamiento de 7 Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad, iniciadas entre 2009 y 2011[6]:

- Realización de 13 entrevistas en profundidad con profesionales integrantes de Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental de las Guardias, Servicio de Salud Mental y Unidad de Internación de Salud Mental y Servicio Social en el curso del año 2013.

- Envío de Pedidos de Información estandarizada a los 13 Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad, a la Dirección General de Salud Mental y al Ministerio de Salud (ver Anexo I y II).[7]

Esta información fue complementada con fuentes secundarias: información presupuestaria, estadística, informes de la Comisión de Seguimiento de la Ley de Salud Mental de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, entre otras.

Cabe aquí hacer una referencia a los obstáculos que desde el Ministerio de Salud se oponen a las funciones del Ministerio Público Tutelar, respecto de la realización de visitas institucionales y entrevistas con los profesionales de Salud Mental - Jefes/as de Servicio,

[6]AE Nº 55/2009 “Hospital Ramos Mejía”, AE Nº AE 48/09 “Hospital Piñero”, AE Nº AE 46/2009 “Hospital Durand”, AE Nº 160/2010 “Hospital Vélez Sarsfield”, AE Nº 159/2009 “Hospital Zubizarreta”, AE Nº 45/09 “Hospital Fernández”, AE Nº 47/2009 “Hospital Pirovano” y AE N° 11417/13 “Hospital Piñero”.

[7] Cabe señalar que se recibió respuesta correspondiente a los 13 Hospitales Generales de Agudos. Sin embargo, la información solicitada a la Dirección General de Salud Mental mediante Oficio ECIE Nº1494, recibido el 21/10/2013 no obtuvo respuesta al día de la fecha.

integrantes de Equipos interdisciplinarios, entre otros -. En octubre de 2013, mediante el Memorándum ME-2013-05103754-SSAIS, se prohíbe a los profesionales del Hospital mantener comunicación directa con los funcionarios del Ministerio Público Tutelar, toda vez que se establece que dichos funcionarios deberán ser recibidos por el Director o Subdirector del Hospital o, en caso de no encontrarse, el Jefe de Guardia; que las entrevistas tendrán lugar en las oficinas de la Dirección y que estas autoridades serán, asimismo, quienes guíen y acompañen todo el recorrido por las instalaciones en caso de requerirse. Entendemos que se trata de una medida tendiente a obstaculizar el acceso a la información por parte de este organismo, que ya tuvo su antecedente en noviembre 2011 cuando la Dra. Grosso, Directora General de Salud Mental, indicó iniciar sumarios a los trabajadores de la salud que brindaran información.[8]

Los principales resultados de dicho trabajo se plasman en este Documento de Trabajo que tiene por objetivo aportar información que permita **evaluar el nivel de adecuación institucional de los Hospitales Generales de Agudos para la atención de las urgencias y la admisión para internaciones por razones de salud mental.** Algunos de los aspectos que se abordan en el presente documento son: el estado actual del proceso de creación de las Unidades de Internación, las estrategias de intervención que actualmente se ponen en práctica los equipos profesionales ante la recepción de casos que requieren internación (admisión, internación/derivación, alta de internación y seguimiento) y el impacto de la sanción de la Ley Nacional Nº 26.657 en las prácticas de los equipos.

[8] Ello ocasionó el repudio por parte del conjunto de organismos gubernamentales y no Gubernamentales de defensa de los derechos de las personas afectadas en su salud mental, Ver Página 12: 2011/2011: “Una orden de locos”. http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-181624-2011-11-20.html

2. MARCO NORMATIVO Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

2.1. Cambio de modelo para la atención de la Salud Mental

Asistimos, en los últimos años, a un conjunto de transformaciones legislativas orientadas a proteger los derechos humanos de las personas afectadas en su salud mental. Se busca abandonar un modelo de intervención basado en las nociones de "peligrosidad" e "incapacidad" en el que, durante décadas, se sustentaron las internaciones prolongadas en Hospitales Psiquiátricos - atravesadas por la segregación social y el encierro-, por otro modelo que parte del reconocimiento de la Salud Mental como un *proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad*, que pone en el centro de la escena la atención comunitaria desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. En este modelo, se entiende que la concreción del derecho a la Salud Mental resulta inescindible del acceso a otros derechos fundamentales - como el trabajo, la vivienda, la seguridad social, la cultura, la educación, etc.-. Sin dudas, estas reformas legislativas son el resultado de un proceso de larga duración, de un avance muy importante en materia de derechos que no está exento de resistencias.

Durante los años de la transición democrática, los principales lineamientos de esta reforma se plasmaron en experiencias locales de atención comunitaria en Salud Mental y fueron impulsados por distintos espacios de activismo en pos del "proceso de desmanicomialización"[9]. La década de 1990 fue, en algún sentido ambivalente, respecto a estos movimientos. Por un lado, se registraron claros avances en el proceso de cambio de paradigma jurídico para el tratamiento de las problemáticas de Salud Mental. En el plano regional e internacional nos encontramos con la Declaración de Caracas de la OPS / OMS (1990) y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la de la atención de la Salud Mental de la ONU (1991). En el plano nacional, la reforma constitucional de 1994, abre paso al fortalecimiento de la perspectiva de derechos, al reconocerse jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos.

[9] Estas experiencias retoman otras acaecidas con anterioridad, a partir de la década de 1950, cuyo mayor emblema fue el Servicio de Psicopatología del Hospital Lanús, a cargo del Dr. Goldemberg y las primeras experiencias de internación por Salud Mental en un Hospital General. Con el retorno de la democracia en 1983, cobran impulso y visibilidad innovadoras propuestas de intervención desde la perspectiva de salud mental. Sin dudas, la experiencia de la Provincia de Río Negro iniciado en 1985 constituye un antecedente ineludible en este proceso de cambio normativo e institucional (para un desarrollo de este proceso consultar: Cohen H. y G. Natella (2013): *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial). Pero también tuvieron lugar otras experiencias que quedaron inconclusas como el Plan Piloto de Salud Mental y Social La Boca – Barracas, que funcionó entre 1984 y hasta 1989, la incorporación de un psicólogo en los equipos de ATAMDOS, que funcionaron en la Provincia de Buenos Aires entre fines de 1987 y principios de 1988, o el relevamiento realizado por el Dr. Mauricio Goldemberg por solicitud del Gobierno Nacional en 1984, a partir del que se desarrollaron los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental.

Sin embargo, ello coincide temporalmente con el retraimiento del Estado Social y el consiguiente desfinanciamiento de la salud pública, quitándole a estos avances normativos, impacto en las prácticas concretas que siguen reguladas por normativa asilar, como la Ley de Internaciones N° 22.914/83 y art. 482 del Código Civil.

En la última década, este proceso de avance cobra un renovado impulso. Los debates en torno a la adecuación abordaje de la Salud Mental a los principios internacionales de salud y derechos humanos, se multiplican y visibilizan - tanto en el campo de los profesionales de la Salud Mental, usuarios, familiares, como en los organismos públicos y aquellos dedicados a la defensa de los derechos - y dan lugar a un amplio proceso participativo para sancionar una nueva ley nacional marco.[10] En paralelo, la Corte Suprema de Justicia reconoce en sus fallos[11], la preeminencia de los estándares internacionales de derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental y establece el carácter de privación de libertad de las *internaciones involuntarias* y la obligación de que cumpla con todas las garantías del debido proceso.

Finalmente, en noviembre de 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, cuyas disposiciones - por tratarse de una ley nacional de orden público -, resultan un piso mínimo de cumplimiento obligatorio para todas las jurisdicciones del país, sin requerir de una ley de adhesión específica. En 2013, mediante el Decreto N° 603/13 se reglamenta dicha Ley Nacional y, en el mes de octubre, se dicta el primer Plan Nacional de Salud Mental que establece los principales objetivos y líneas de acción a desarrollarse hasta el año 2020.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ocupó en este proceso un lugar central y fue - en varios sentidos - precursora en estas transformaciones. Ya en 1996, la Constitución local establece que las políticas de Salud Mental *propenden a la desinstitucionalización progresiva, mediante una red de servicios y de protección social*, y la Ley N° 448 de *Salud Mental,* - sancionada en 2000, como resultado de un proceso participativo que se extendió durante los dos años previos - incorpora en su letra, la perspectiva de protección de los derechos humanos, que será retomada en buena medida por la posterior legislación nacional.

[10] Para ampliar información sobre el proceso de debate de la Ley de Salud Mental y sus antecedentes normativos, se recomienda: Gorback, L.: "La Ley de Salud Mental y el Proyecto Nacional" y Kraut A. y Diana N., "Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria", ambos en MPT (2011): *Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley N° 26.657*, Buenos Aires, Editorial Eudeba.
[11] Fallos "Tuffano" o "R.M.J.

Así, esta jurisdicción ha asumido, hace más de 10 años, la obligación de realizar la mayoría de las trasformaciones que ahora también impone la Ley Nacional, para adecuar su institucionalidad al nuevo paradigma jurídico de la protección integral de derechos de las personas con padecimiento en su salud mental, lo que incluye el diseño y puesta en funcionamiento de nuevos órganos y dispositivos creados por la Ley, la suspensión de prácticas que resultan ahora ilegales y la readecuación / redefinición de representaciones y prácticas por parte de instituciones ya existentes. Sin embargo y a pesar del tiempo transcurrido, la mayoría de estas transformaciones no fueron implementadas.

Dar efectivo cumplimiento al "proceso de desmanicomialización", implica avanzar en la creación y consolidación de una red de Salud Mental, lo que supone, al menos, tres dimensiones:

a) **Priorizar la atención de la Salud Mental bajo los principios de la Atención Primaria en Salud, y el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales**. Para ello, deben desarrollarse **dispositivos alternativos a la internación** tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en Salud Mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, Hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas

b) **Restringir progresivamente las internaciones en Hospitales psiquiátricos** o instituciones de internación monovalentes.

c) **Procurar que las internaciones de salud mental tengan lugar en Hospitales Generales y sean de carácter excepcional**, **por el plazo más breve posible, realizados bajo criterio terapéutico interdisciplinario y con todas las garantías del debido proceso**. Para ello, los Hospitales Generales deben contar con Equipos para la atención de situaciones de urgencia y con Unidad de Internación de salud mental.

El presente informe se enfocará en el tercer aspecto mencionado. Ciertamente, evaluar el funcionamiento de los Hospitales Generales de Agudos resulta imposible sin tomar en consideración la implementación de dispositivos intermedios o la adecuación de los Hospitales Monovalentes. Por ello, no se trata de mirar el funcionamiento de los Hospitales

Generales aisladamente del resto de la red de Salud Mental, sino de mirar el desempeño de la red de Salud Mental desde el Hospital General.

2.2. La Red de Salud Mental

La Red de Salud Mental que es necesaria para la implementación de la Ley N° 448, tiene como autoridad de aplicación a la Dirección General de Salud Mental, que funciona bajo la égida del Ministerio de Salud. Su objetivo central es el de *"fortalecer el desarrollo de las políticas de Salud Mental y generar una eficaz asignación, coordinación y control de los recursos disponibles (…) en el marco de una modelo de atención basado en el respeto a los derechos humanos y en la integración social"*[12]. Como responsable principal de la implementación de la Ley, dicha Dirección tiene entre sus funciones principales, la formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de Salud Mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la Ley, y la elaboración del Plan de Salud Mental y es la autoridad de aplicación[13]. En esa línea, dicho órgano de gestión, se propone desarrollar, como aspectos prioritarios:

- Redes de contención socio-económicas y sanitarias.
- Obras de infraestructura necesarias para el proceso de desinstitucionalización de los pacientes con trastornos mentales.
- Programas de prevención y atención de temas centrales como violencia y adicciones.
- Integración del recurso humano interdisciplinario a las estructuras de Guardia para el abordaje conjunto de la problemática emergente en las áreas de urgencia.
- La recuperación edilicia de los establecimientos del sector, para albergar a la población que no pueda incorporarse en el proceso de reintegración social."[14]

Dentro de los efectores más relevantes se encuentran[15]:

- **4 Hospitales monovalentes**: el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear; Hospital de Salud Mental "J. T. Borda"; Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano" y el Hospital Infanto Juvenil "Tobar García".

[12] http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/presentacion.php, consultado diciembre 2013.
[13] Ley N° 448: artículos 2, 4 y 5, consultado diciembre 2013.
[14] http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/presentacion.php, consultado diciembre 2013.
[15] Según surge de la información disponible en la página del Ministerio de Salud de Ciudad de Buenos Aires, la Guía de Recursos y Derivaciones, los oficios cursados en 2013 e información recabada en visitas a nosocomios de la Jurisdicción y entrevistas sostenidas con diferentes profesionales de la Salud mental

- **Dispositivos de atención de la emergencia psiquiátrica**: ambulancias del SAME, Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” y Equipos de Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos
- **40 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC):** En las diferentes áreas sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires y articuladas con los Hospitales, se encuentran los CeSAC que, distribuidos en los diferentes barrios de la ciudad y siguiendo el concepto de Atención Primaria de la Salud, son puerta de entrada al sistema de salud público en toda la ciudad. De acuerdo a la información disponible en la Guía de Recursos de GCBA, en todos los CeSAC existen Equipos de Salud Mental que se ocupan de actividades de prevención y promoción.
- **2 Centros de Salud Mental**: el Centro de Salud Mental N° 1 “Dr. Hugo Rosarios – especializado en infancia y adolescencia – y el Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Arturo Ameghino” – que es el Primer Hospital Ambulatorio de Salud Mental de la Ciudad.
- **Red de Guardias Toxicológicas para la atención de cuadros de específicos ligados a intoxicaciones**: integrada por el Hospital General de Agudos Fernández, Hospital General de Niños Gutiérrez y el Hospital General de Niños Pedro Elizalde.
- **Consultorios Externos en 13 Hospitales Generales de Agudos:** en los Servicios de Salud Mental[16]
- **2 Unidades de Internación en Hospitales Generales de Agudos**: en los Hospitales Álvarez y Piñero.
- **Programas Adop-Adopi:** que brindan atención interdisciplinaria a adultos y niños en crisis y cuyo objetivo es evitar, de ser viable, la internación.
- **Dos líneas telefónicas:** 4863-8888 Salud Mental Responde y 4861-5586 que corresponde al Servicio de Ayuda en Drogas y Alcohol (SADA). Ambas líneas telefónicas brindan información sobre los servicios, pero que no tienen carácter asistencial ni capacidad resolutiva frente a emergencias, salvo el recurso de derivación al SAME.
- **11 Hospitales Especializados en otras patologías con Servicios de Salud Mental:** que atienden sólo la demanda interna del Hospital.

[16] A lo que se suma – aunque no sean objeto de este estudio – dos Hospitales Generales de Niños con Servicios de Salud Mental.

- **Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental:** brinda tratamientos ambulatorios que se suman al tratamiento de psicoterapia y/o psicofarmacológico existente, para adultos de 18 a 60 años de ambos sexos.

No obstante la existencia de estos efectores, como se verá en lo que sigue y puede colegirse a partir de las diversas fuentes consultadas, en los últimos años, **la Red de Salud Mental presenta un alto grado de desarticulación, resultado de la falta de planificación y direccionamiento de la política pública de Salud Mental**, que se refleja, por ejemplo, en la ausencia de Plan de Salud Mental desde el año 2006, que es obligación de la autoridad de aplicación, según el art. 5 de la Ley N° 448/00[17].

2.3. Información Estadística

En este apartado, se intentará dar cuenta de los guarismos disponibles sobre los movimientos de algunos de los principales efectores asociados a problemáticas de Salud Mental: los Hospitales Generales de Agudos, los Hospitales Monovalentes y los Centros de Salud Mental Nº 1 y 3. No se incluyen los datos relativos a la atención primaria de la salud a cargo de los CeSAC, analizado en otro Documento de Trabajo del MPT elaborado por los equipos de las Oficinas de Atención Descentralizada.[18]

La producción de información estadística específica es uno de los elementos fundamentales para evaluar la magnitud y capacidad del sistema para atender las problemáticas vinculadas a la Salud Mental, en consonancia con lo planteado por la normativa vigente. Como se verá en lo que sigue, esa producción – responsabilidad de las autoridades sanitarias – es deficiente, tanto en su actualización, regularidad de producción, como en la especificidad necesaria que permitan dicha ponderación.

[17] Sobre este tema ver: Informe de Gestión de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental, Diciembre 2012.
[18] Documento de Trabajo MPT Nº20: "De la ley al barrio. la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en www.asesoriatutelar.gov.ar

c) *Admisiones y prestaciones ulteriores en Salud Mental*

En primer lugar, consideraremos los datos relacionados con las admisiones[19] y las prestaciones ulteriores[20] vinculadas con temáticas de Salud Mental prestadas desde el año 2000 y hasta el 2011 – que es el último del que se dispone de información oficial -.Dichas prestaciones son las brindadas por los Servicios de Salud Mental. En el cuadro Nº1 se observan los datos generales para el período.

Cuadro 1: Evolución de las Admisiones y Prestaciones Ulteriores de Salud Mental por Tipo de Hospital. CABA. Años 2000 -2011

Hospital	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU
Total	**89.790**	**1.273.103**	**83.662**	**1.275.081**	**91.352**	**1.457.054**	**80.343**	**1.516.495**	**74.697**	**1.553.233**	**63.227**	**1.448.185**
Hospitales Generales de Agudos	**57.222**	**571.013**	**52.595**	**551.662**	**56.454**	**609.807**	**49.496**	**634.609**	**44.570**	**629.018**	**38.226**	**636.557**
Hospitales Especializados	**21.818**	**448.620**	**22.214**	**485.479**	**24.809**	**580.878**	**22.405**	**640.086**	**20.637**	**689.603**	**17.179**	**590.559**
Hospitales Monovalentes	**13131**	**372064**	**12849**	**393747**	**16876**	**474729**	**15040**	**525623**	**13486**	**573645**	**9810**	**471982**
Centros de Salud Mental (* -)**	**5.356**	**152.319**	**5.099**	**139.156**	**5.821**	**168.828**	**5.538**	**171.824**	**5.263**	**158.115**	**4.615**	**143.793**

[19] *"Es la entrevista con la persona que concurre por primera vez a los consultorios y tiene por finalidad completar la Historia Clínica, establecer un diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica. Cuando se realiza la admisión de una pareja o grupo familiar, se consignará a cada integrante del grupo familiar que concurre a la consulta de admisión, de acuerdo a su edad y sexo. En el caso de admisiones de niños que siempre concurren acompañados por los padres o adultos responsables, solo será registrado como admisión el menor que dio origen a la consulta, excepto cuando los padres sean derivados también para su tratamiento. Para ser computada como "admisión" deberá tener una duración mínima de 40 minutos y puede estar a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Si la entrevista es realizada por dos profesionales en forma conjunta, será consignada como una sola "admisión". Los profesionales Psicopedagogos podrán realizar admisiones cuando se trate de personal que consultan por problemáticas vinculadas al aprendizaje." Ministerio de Salud de GCBA (2013)* Definiciones sobre Salud Mental. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/def_s_mental_2011.pdf Última visita 27 de enero 2014.

[20] Las mismas se definen como toda entrevista o prestación posterior a la admisión hospitalaria vinculada a la problemática que motivó la consulta original, abarcan áreas tales como psicoterapia – individual, familiar y parafamiliar -, psicoprofilaxis – con las mismas categorías internas -, psicodiagnóstico, otorgamiento de certificados de Salud Mental, psiquiatría, psicopedagogía – individual y grupal -, terapia ocupacional – individual y grupal -, musicoterapia – individual y grupal -, talleres comunitarios, interconsultas y supervisión. *Ministerio de Salud de GCBA (2013) Definiciones* de Salud Mental. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/def_s_mental_2011.pdf Última visita 27 de enero 2014.

Hospital	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Hospital Total	A		PU		A		PU		A		PU	
	59.056	1.368.137	52.139	1.283.715	52.319	1.293.128	A	PU	A	PU	A	PU
Hospitales Generales de Agudos	35.707	578.604	26.819	480.527	25.061	481.111	53.621	1.177.157	46.975	1.030.776	56.911	1.213.894
Hospitales Especializados	15.418	600.848	14.590	522.975	15.521	504.727	24.322	446.649	23.737	472.072	24.169	495.383
Hospitales Monovalentes	9044	487160	8509	413086	8939	401028	18.367	490.873	19.240	498.070	14.199	343.705
Centros de Salud Mental (*)	4.889	149.073	7.652	223.261	7.747	243.813	12103	390963	12176	410107	14.725	310820

* Hasta el año 2006 incluye Centro de Salud Mental N° 1.

Tal como surge del Cuadro Nº 2, en el período se registra un **movimiento de reducción en las admisiones dentro de este subsistema, las que representan un tercio menos que las que se realizaban para el total en el año 2000**. En el caso de las prestaciones ulteriores, el descenso es mucho menor pero igualmente se verifica una tendencia decreciente que podría sindicarse como marginal (4,7%).

Cuadro 2: Variación porcentual de las Admisiones y Prestaciones ulteriores de Salud Mental. Totales y por Tipo de Hospital /Efector. CABA. 2000 – 2011.

Hospital/ Efector	Variación porcentual 2000 – 2011	
	Admisiones	Prestaciones ulteriores
Total	-36,6%	-4,7%
Hospitales Generales de Agudos	-57,8%	-13,2%
Hospitales Monovalentes	12,1%	-16,5%
Centros de Salud Mental	-46,5%	-4,9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

Ahora bien, específicamente, en esta reducción de las admisiones, cabe destacar que:

- El descenso más significativo se verificó en el caso de los Hospitales Generales de Agudos, los que, respecto al año 2000, redujeron dichas admisiones a la mitad, pasando de 57.222 en el 2000, a 24169 en 2011. Igualmente significativa es la reducción en el caso de los Centros de Salud Mental, donde se pasó de 5.356 en el año 2000, a 2868 en el 2011.

- La excepción a esta tendencia la marcan los Hospitales Monovalentes, siendo los únicos que registraron un aumento en sus admisiones, de un 12,1%, es decir que cada 100 admisiones que se realizaban en el año 2000, en 2011, se hacían 12 más.

En lo referido a las prestaciones ulteriores, en todos los casos se verificaron descensos. Nuevamente, llama la atención el caso de los Hospitales Monovalentes: en paralelo al aumento de las admisiones, se redujeron las prestaciones ulteriores. Esto deja cómo interrogante, quiénes realizan dichas prestaciones necesarias derivadas de las admisiones.

Todo este movimiento se entiende como contrario al esperado desde el punto de vista de los planteos que realiza propia la Ley porteña de Salud Mental, en tanto que la significativa reducción de las admisiones acaecida en los Hospitales Generales de Agudos no se debe a la existencia de otro tipo de dispositivos – los que, como se verá más adelante, cuando existen, son deficitarios respecto a la demanda-, ni a la reducción de las problemáticas vinculadas con Salud Mental. Cabe señalar, no obstante, que una mirada al interior del espacio constituido por los Hospitales Generales de Agudos, da cuenta también de heterogeneidades entre este tipo de efectores.

Cuadro 3: Variación porcentual de las Admisiones y Prestaciones ulteriores de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos. CABA. 2000 – 2011.

Hospital	Variación porcentual 2000 – 2011	
	Admisiones	Prestaciones ulteriores
Álvarez	-54,5%	59,3%
Argerich	-73,1%	-16,3%
Durand	-28,3%	48,7%
Fernández	-45,2%	-19,6%
Penna	-49,6%	-5,9%
Piñero	34,1%	-24,8%
Pirovano[1]	-94,4%	-84,7%
Ramos Mejía	-87,4%	31,4%
Rivadavia	32,6%	22,1%
Santojanni	-46,3%	-22,6%
Tornú	-49,2%	8,2%
Vélez Sarsfield	-75,6%	-33,2%
Zubizarreta	-50,2%	0,7%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

En lo que hace a las admisiones:

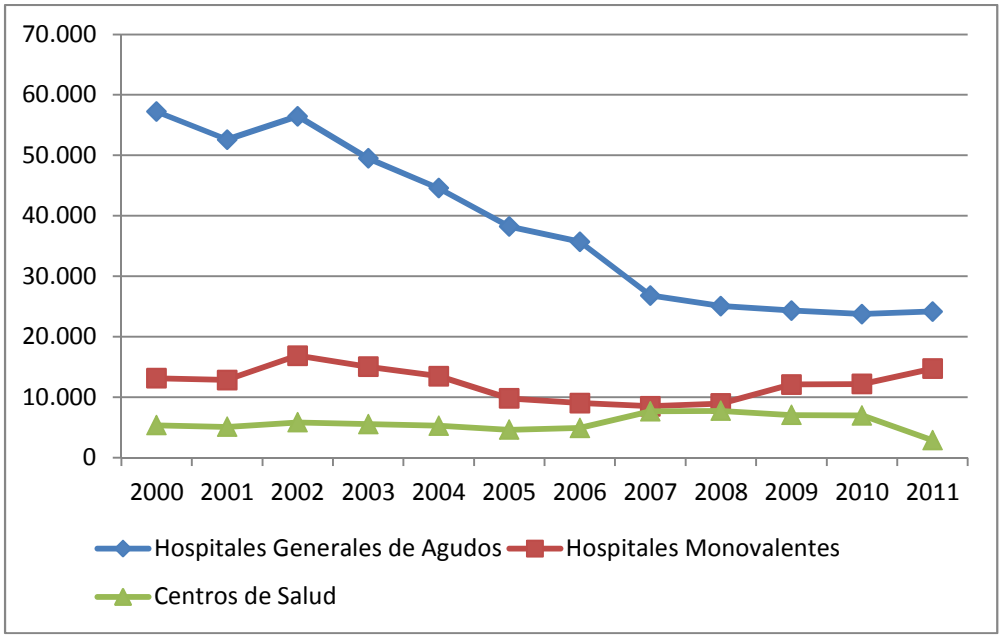
- Sólo dos Hospitales muestran valores positivos para el período: el Piñero y el Rivadavia, con aumentos que rondan el 30% de las admisiones, para el final del período considerado.
- El caso del Hospital Pirovano es sumamente extremo, en tanto las admisiones se redujeron en un 94,4%. Lo mismo puede decirse del caso del Ramos Mejía, cuyos valores descendieron de 14.196 en el año 2000, a sólo 794 en 2011.

Respecto a las prestaciones ulteriores:

- En el período se incrementaron en los Hospitales Álvarez, Durand, Ramos Mejía, Rivadavia, Tornú y Zubizarreta.
- El descenso más significativo también se dio en el Pirovano, con una reducción semejante a la de las admisiones, que en valores absolutos va de 137.433 prestaciones en el 2000, a 21.069 en el 2011.

Finalmente, en los gráficos que siguen, puede visualizarse que desde el año 2010 - año de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental -, la tendencia decreciente para la realización de admisiones se estancó para el caso de los Hospitales Generales de Agudos, se agrava significativamente en el caso de los CESAC – que mantenían una tendencia estable – y aumentan para los Hospitales Monovalentes.

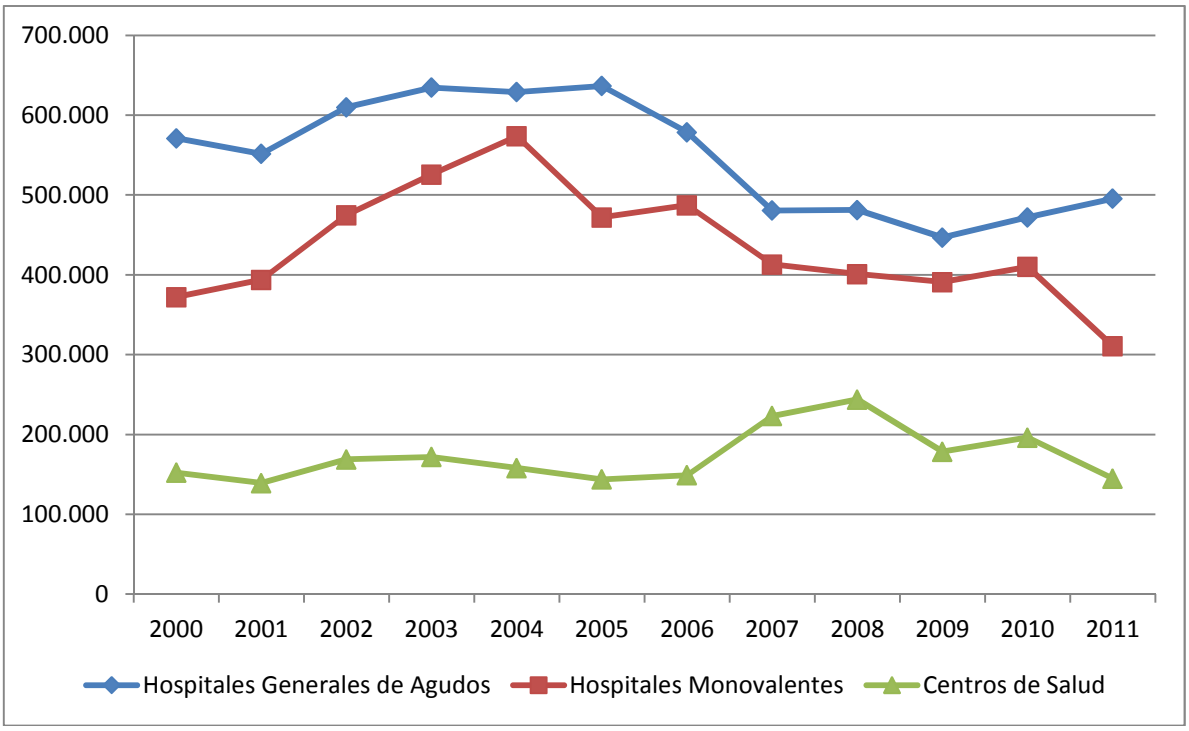
Gráfico 1: Evolución de las Admisiones de Salud Mental por Tipo de Hospital /Efector. CABA. 2000 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

En el caso de las prestaciones ulteriores, nuevamente se verifican descensos pero en los CESAC, y en este caso, como se señalara anteriormente, en los Hospitales Monovalentes. El único aumento se asocia con el desempeño de los Servicios en Hospitales Generales de Agudos.

Gráfico 2: Evolución de las Prestaciones ulteriores de Salud Mental por Tipo de Hospital /Efector. CABA. 2000 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

La tendencia actual en estos valores, se inicia en 2007, con el comienzo de la gestión actual del PRO en el GCBA – claramente en el caso de las admisiones, con un comportamiento más errático para las prestaciones ulteriores -.

b) Internación

Como se verá en el análisis central de este documento, existen graves falencias en la generación de información sobre internaciones vinculadas a problemáticas de salud mental. La misma es dificultosa por las deficiencias que se verifican en los Hospitales Generales de Agudos en lo que hace a la producción de información – en general en formato papel, por lo que es poco sistematizable, a menos que lo realicen las autoridades sanitarias en cumplimiento de la obligación de producción de estadísticas de salud -. Así, no se cuentan con datos sobre las internaciones realizadas por Guardia por estas razones, ni su clasificación – central desde el marco normativo vigente – sobre el carácter voluntario o involuntario de las mismas.

En los Hospitales Generales de Agudos que cuentan con Unidades de Internación especializadas en Salud Mental - el Hospital Álvarez y el Hospital Piñero-, se cuenta con información desglosada para dichas internaciones, sólo desde el año 2008. Como puede observarse en el gráfico que sigue, **las internaciones descendieron en el caso del Hospital Álvarez** – pasando de 38 ingresos y 90 pases[21] en 2008, a 18 ingresos y 72 pases en 2011 -; **mientras que en el Hospital Piñero, se verificó la tendencia contraria:** mientras en el año 2008 se realizaron 41 ingresos y 97 pases, en 2011, se realizaron 109 ingresos y 75 pases.[22] Cabe recordar que el Hospital Álvarez cuenta con una disponibilidad de 20 camas[23], mientras que el Piñero tiene 32[24].

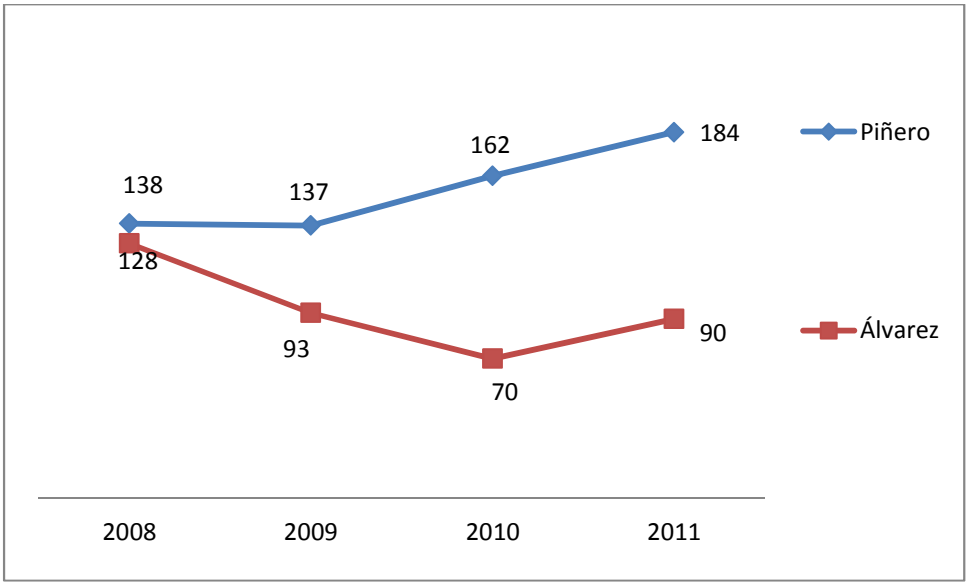
[21] *"Es el traslado de un paciente internado de un sector de internación a otro dentro del mismo establecimiento"* Dirección de Estadísticas para la Salud (2013) Movimiento Hospitalario Métodos y definiciones de internación. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/2_internacion__met_definiciones_2011.pdf . Última visita 27 de enero 2014.

[22] Dirección de Estadísticas para la Salud (2013) Movimiento Hospitalario 2008 a 2011. Disponibles en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2008/?menu_id=30108 , http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2009/?menu_id=32671 , http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2010/index.php?menu_id=33968 , http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/?menu_id=35127 . Última visita 27 de enero 2014.

[23] Oficio MSGC-5893-2013. 9/12/2013

[24] Contestación Oficio Nº765/ECIE/12 – Nº1277/ECO/12 de fecha 26/12/2012.

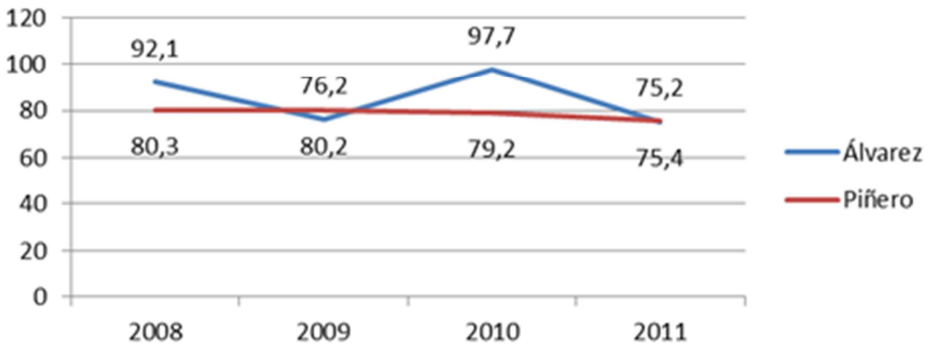
Gráfico 3: Evolución del Movimiento de Internación en Unidades de Salud Mental. Álvarez y Piñero. CABA. 2008 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud

En lo referido al porcentaje de ocupación[25] en las unidades de internación específicas de Salud Mental, el mismo disminuyó en los dos nosocomios: en el caso de Álvarez, en un 16,9%, mientras que en el Piñero, el descenso fue menor – 4,9% -.

Gráfico 4: Evolución del Porcentaje de Ocupación de camas en Unidades de Internación de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos. CABA. 2000 – 2011

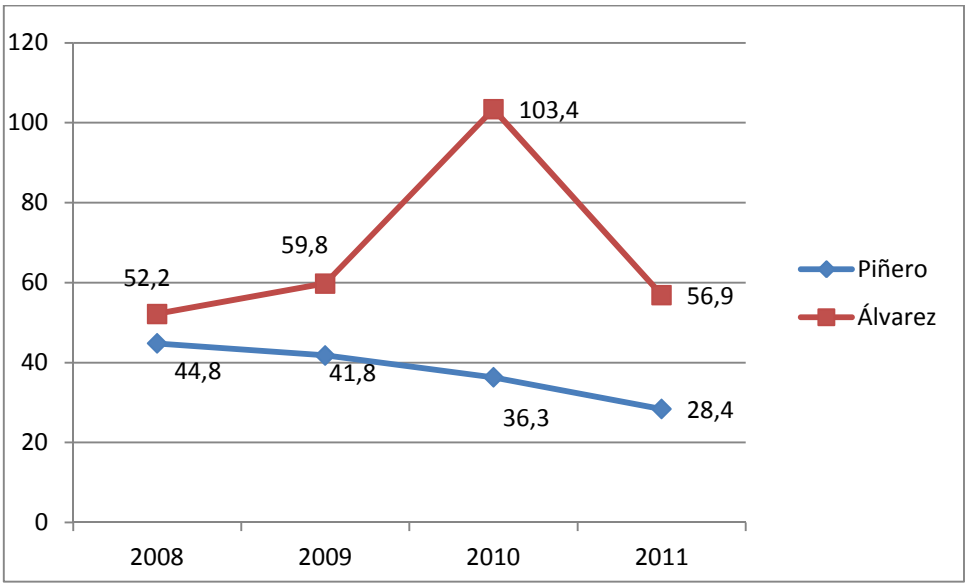


Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

[25] *"Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año."*, Dirección de Estadísticas para la Salud (2013) Movimiento Hospitalario Métodos y definiciones de internación. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/2_internacion__met_definiciones_2011.pdf . Última visita 27 de enero 2014.

En lo referido al promedio de permanencia de los pacientes internados, mientras en el Hospital Álvarez mostró una tendencia al alza cuyo pico máximo se ubicó en 2010, con 103,4 días y luego descendiendo a casi la mitad – 56,9 -; en el Piñero, la tendencia es sostenidamente decreciente: en el 2008 era de 44,8 días y en 2011 es de 28,4[26]

Gráfico 5: Evolución del Promedio de Permanencia en Unidades de Internación de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos. CABA. 2000 – 2011

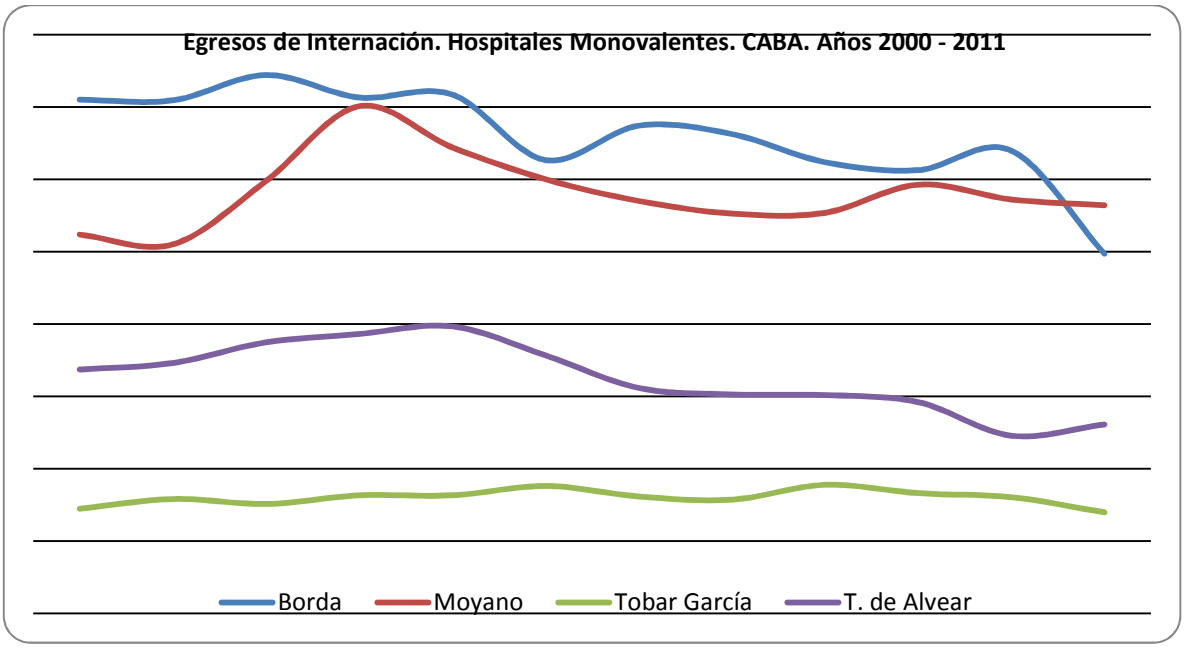


Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

En los Hospitales Monovalentes, existe información disponible desde el año 2000. En lo que hace a los egresos – dato disponible para toda la serie y que presupone los ingresos realizados – como muestra el gráfico que sigue, se verifica una tendencia a la disminución en el caso del Borda y del Alvear – 30% y 22,6% respectivamente – y del 3,5% para el caso del Tobar García. En lo referido al Moyano, para el período, se verificó un aumento de las internaciones que alcanza un 7,7%.

[26] Dirección de Estadísticas para la Salud (2013) Movimiento Hospitalario 2008 a 2011.

Gráfico 6: Evolución Egresos de Internación. Hospitales Monovalentes. CABA. 2000 – 2011



Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

En lo referido al porcentaje de ocupación de camas y al promedio de permanencia en internación, como puede observarse en el cuadro siguiente, la tendencia general del período para los monovalentes es al descenso.

Cuadro 4: Variación porcentual del porcentaje de ocupación y promedio de permanencia en internación en Hospitales Monovalentes. CABA. 2000 – 2011.

Hospital	Variación porcentual 2000 – 2011	
	Porcentaje de ocupación	Promedio de permanencia (días)
Borda	-9,3%	-1,4%
Moyano	-8,8%	-44,4%
Tobar García	-35,1%	-60,3%
T.de Alvear	-2,6%	14,3%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

En función a estos datos, cabe realizar algunos señalamientos analíticos:

- En primer lugar, puede verificarse que el descenso en los porcentajes de ocupación son menores a lo acaecido en el promedio de permanencia.
- En lo que hace al porcentaje de ocupación de camas, el descenso más pronunciado se dio en el Tobar García: si bien inició el período con un 100% de ocupación, en el año 2002, este valor trepó al 117,5%. En el 2003, se verificó una drástica disminución de este porcentaje, llegando al 65,1%, cercano al actual 64,9%, tras una subida en el período intermedio, pero que nunca alcanza el valor inicial. En el resto de los Hospitales Monovalentes, con una tendencia más estable que ronda el 95% de ocupación, se verifica una tendencia a la baja desde el año 2010: en el caso del Borda, esta disminución llega a una ocupación del 88,7% en 2011 y en el Moyano al 87,9% para el mismo año.

Una mirada sobre el promedio de permanencia en internación, muestra un descenso más importante a nivel general de los Hospitales Monovalentes, sobre todo en los porcentajes del Moyano y el Tobar García. El aumento en el caso del Hospital Alvear – que es de Urgencias Psiquiátricas – debe llamar la atención, toda vez que puede interrogarse ese aumento desde el punto de vista de la ausencia de dispositivos alternativos de derivación o la disponibilidad de recursos en los efectores existentes.

- Ahora bien, en términos absolutos, la permanencia en internación sigue siendo muy extensa en los Hospitales Monovalentes Borda y Moyano – si bien en el último caso descendió a la mitad en el lapso analizado -, tal y como puede observarse en la comparación que sigue.

Cuadro 5: Promedio de permanencia en internación en Hospitales Monovalentes. Valores absolutos. CABA. 2000 y 2011.

Promedio permanencia (días)	2000	2011
Borda	267,9	264,2
Moyano	514,5	286,26
Tobar García	119,9	47,57
T. de Alvear	47,9	54,74

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud.

A modo de síntesis, cabe destacar cuatro elementos:

- La ausencia de información estadística adecuada al objeto de análisis es parte importante de los déficits de adecuación del sistema, a los mandatos del marco normativo vigente e impide a los organismos en general, y de control en particular, el seguimiento de las acciones realizadas.

- En lo que hace al movimiento hospitalario – sea por Servicios de Salud Mental y en el caso de las internaciones – las disminuciones que se observan en la provisión de servicios no son el resultado de la ampliación de la Red, ni de la existencia de dispositivos alternativos, sino de una aparente contracción del propio sistema para atender a las problemáticas vinculadas con Salud Mental.

- No se ha registrado, a partir de la información disponible, ni una reducción significativa en los tiempos de internación, ni un aumento importante en las prestaciones ulteriores – que darían cuenta de la capacidad del sistema de absorber la atención de manera ambulatoria, reduciendo las internaciones -.

3. HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS: SU FUNCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA E INTERNACIÓN POR SALUD MENTAL

3.1. Los Hospitales Generales en la normativa de Salud Mental

El plexo normativo vigente establece la habilitación de equipos para la atención de la emergencia y camas de internación por razones de salud mental en los Hospitales Generales como elementos insoslayables para poder avanzar en la transición desde un sistema de atención de la salud mental centrado en Hospitales monovalentes y las internaciones prolongadas, por otro sostenido en una red de servicios con base en la comunidad, al tiempo que establece un nuevo régimen jurídico para la realización de internaciones por salud mental que garantice el debido proceso y los derechos fundamentales.

Ya la Declaración de Caracas[27], suscripta en 1991, establece que la reestructuración de la atención psiquiátrica propende hacia un *modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los Hospitales Generales*. Ello es nuevamente retomado por los Principios de Brasilia[28], que reitera la necesidad *establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los Hospitales Psiquiátricos y aseguren la provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en Hospitales Generales*. Lo cierto es que el cumplimiento del objetivo de cerrar progresivamente las admisiones de internación en Hospitales psiquiátricos y completar el proceso de desinstitucionalización" en el año 2020 - tal como propone el Plan Nacional de Salud Mental en consonancia con las obligaciones asumidas en el Consenso de Panamá[29]-, es inescindible tanto de la construcción de una red de servicios de atención de la Salud Mental con base comunitaria, como de la adecuación de la atención de los Hospitales Generales para garantizar el abordaje de cuadros agudos. Esta modificación debe incluir tanto la atención de urgencias en las Guardias como la posibilidad de

[27] Declaración de Caracas, adoptada por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, (OMS/OPS). Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990

[28] Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Adoptados por la Conferencia regional OPS/OMS para la reforma de los Servicios de Salud Mental "15 años después de Caracas". Brasilia, Brasil, 9 de noviembre de 2005.

[29] Adoptado por la Conferencia regional de salud mental OMS/OPS "20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020". Ciudad de Panamá, Panamá, 8 de octubre de 2010. Este plazo es receptado a su vez por la normativa nacional a través del Art. 27 del Decreto 603/2013 que reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.

efectuarse internaciones - como medida de último recurso, breve y excepcional -, así como el acompañamiento durante el proceso de externación, orientado hacia el tratamiento ambulatorio, en el marco de la atención primaria de salud y la inclusión en sistemas de apoyo[30].

Bajo esta perspectiva, la Ley Nacional N° 26.657 establece en su Art. 28 que las internaciones de salud mental *"**deben realizarse en Hospitales Generales**. A tal efecto los Hospitales de la red pública deben contar con los **recursos necesarios**. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de Salud Mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592"*.

El Decreto reglamentario N° 603/2013 aclara que la expresión "Hospitales Generales" incluye tanto a los establecimientos públicos como privados. En relación a las adaptaciones estructurales y funcionales que resulten necesarias, establece que ellas son responsabilidad de cada jurisdicción, que las mismas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realice a tales fines. Asimismo, establece que el Ministerio de Planificación Federal y el Ministerio de Salud de Nación, promoverán en las jurisdicciones el criterio de que en la construcción de nuevos Hospitales se garanticen áreas destinadas específicamente a la atención de la Salud Mental y establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales ya existentes. La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales, con plazos determinados.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2020[31] identifica como uno de los principales problemas a abordar que *"La red de Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013",* y en función de ello propone 3 objetivos interrelacionados:

---

[30] Se entiende por sistema de apoyo la *"combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y un desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental"*. Cf. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección nacional de Salud Mental y Adicciones: *Plan Nacional de Salud Mental*, Buenos Aires, Octubre 2013, página 59

[31] Ministerio de Salud de La Nación, Dirección de Salud Mental y Adicciones: *Plan Nacional de Salud Mental, Buenos Aires*, Octubre de 2013.

1) Fortalecer la Red de Salud/Salud Mental, procurando la adecuación y/o creación de servicios, dispositivos, entre otras instancias, acordes a la política de Salud/Salud Mental. (9.2.1.- Objetivo Nº 1)

2) **Abrir de manera programada, gradual y definitiva servicios de Salud Mental en los Hospitales polivalentes con camas para internación y atención de la urgencia**. (9.2.2.- Objetivo Nº 2)

3) Cerrar de manera programada, gradual y definitiva la admisión para internaciones en las instituciones monovalentes (colonias, Hospitales, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas, entre otros.) (9.2.3.- Objetivo Nº 3)

Es importante señalar que ya la Ley N° 448/00 de la Ciudad de Buenos Aires había adoptado este criterio hace más de 10 años, al establecer la **internación de corto plazo en Hospitales Generales** como una de las características específicas de las acciones ejecutadas por los dispositivos de la Red de Atención del Sistema de Salud Mental (art. 13 inc. e).

Asimismo, estableció como parte del proceso de reforma, que los Hospitales Generales de Agudos - al igual que los Hospitales especializados en enfermedades infecciosas y Hospitales Generales Pediátricos - contasen con áreas de atención de Salud Mental que incluyeran Equipos de Salud Mental en las Guardias, así como camas de internación, cuya cantidad mínima y máxima sería definida por la Autoridad de Aplicación. (Art. 10 inc. h y art. 14 Inc. i y q). En esta línea, el Decreto Reglamentario N° 635/04, delimita con mayor precisión las características de los Equipos de Salud Mental, estableciendo que su conformación básica estuviera compuesta por ***un Médico Psiquiatra, un Psicólogo y un Trabajador Social*** y que, en la medida en que los efectores contaran con profesionales universitarios de enfermería con formación en Salud Mental, éstos se incorporarían al equipo interdisciplinario básico. Finalmente se indicaba, que dichos equipos podrían ampliarse únicamente con integrantes de otras disciplinas universitarias con título de grado y matrícula habilitante, de acuerdo a lo que determinase el Plan de Salud Mental y el tipo de acción específica a desarrollar. (Artículo 10, inc. h).

En el año 2006, se procede a ampliar las estructuras de las Guardias a través del Decreto N° 1551, incorporando a la dotación diaria de las Áreas de Urgencia de los Hospitales Generales de Agudos, a los profesionales necesarios para la conformación de estos

equipos interdisciplinarios. Sin embargo, es recién a mediados de 2008 que comienzan a efectivizarse los nombramientos y a conformarse los Equipos.

Otro aspecto a tener en consideración a la hora de evaluar el grado de adecuación de los Hospitales Generales al marco normativo de salud mental, refiere al nuevo régimen jurídico de las internaciones, en tanto que el mismo implica importantes modificaciones respecto a las funciones de los Equipos de Salud Mental, así como su relación con el sistema de justicia, a fin de garantizar el debido proceso y los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios de salud mental.

En primer término, la Ley N° 26.657 establece que las internaciones por razones de salud mental constituyen un recurso terapéutico, de carácter restrictivo, que deben desarrollarse en períodos lo más breve posible, que se llevará a cabo cuando reporte beneficios mayores que el resto de las intervenciones, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Al mismo tiempo, prohíbe explícitamente que las mismas puedan ser indicadas o prolongadas para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados, a través de los organismos públicos competentes (art. 15).

En todos los casos, el Equipo tratante debe cumplir con los siguientes requisitos dentro de las primeras 48 hs.: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del Servicio Asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente Psicólogo o Médico Psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar de la persona; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal, cuando corresponda.

Asimismo, establece una clara distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias. Las internaciones voluntarias (art. 18) son las que se efectúan con el consentimiento informado de la persona en forma directa – es decir que no interviene el representante legal -, y puede ser abandonada en cualquier momento. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión procede cuando se superan los 60 días de internación, debiendo el Juez evaluar, dentro de los siguientes 5 días, si la internación continúa siendo voluntaria o pasa a ser involuntaria. Las internaciones involuntarias (art. 20, 21 y 24), proceden en caso de ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento, y sólo cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La persona internada no podrá, en estos casos, decidir por sí mismo, el abandono del tratamiento. En tanto que la misma constituye una

privación de libertad , la normativa busca fortalecer los resortes institucionales y jurídicos para garantizar el debido proceso de las mismas:

Dentro de las primeras 10 horas, el Equipo Interdisciplinario que decide la procedencia de la internación involuntaria, debe notificarla al Juzgado y al Órgano de Revisión (creado en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de Nación), que a su vez dan intervención a la “Unidad de Letrados Art. 22 de la Ley N° 26.657”, para que garantice el derecho de las persona internada a contar con un abogado (arts. 21 y 22).

Durante las siguientes 48 horas, el Equipo Interdisciplinario, debe remitir una segunda notificación al Juzgado y al Órgano de Revisión con un Informe Interdisciplinario que contenga: a) Dictamen profesional del Servicio Asistencial que realice la internación, donde se determine la situación de riesgo cierto e inminente, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales deberá ser Psicólogo o Médico Psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Instancias previas implementadas si las hubiera. (art. 20).

- Dentro de los 3 días desde la internación, el Juez deberá autorizarla, si evalúa que están dadas las causales previstas por la Ley; requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos; o denegarla (art. 21)

- El Juez debe solicitar informes al Equipo Interdisciplinario con una periodicidad no mayor a 30 días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y transcurridos 90 días, si continuase la internación involuntaria, el Juez deberá pedir al Órgano de Revisión, que designe un Equipo Interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento y, en lo posible, independiente del Servicio Asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada (art. 24).

Vemos entonces que la normativa vigente desplaza definitivamente la noción de “peligrosidad” y la “afectación de la tranquilidad pública” en la procedencias de las internaciones por salud mental, al considerarlas un recurso terapéutico (definido con criterio interdisciplinario), dándole centralidad a la evaluación de los Equipos tratantes sobre la existencia de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Concomitantemente, modifica el rol del Poder Judicial: el Juez pierde sus facultades para ordenar internaciones y asume la función de realizar el control de debido proceso.

En este marco también se modifica el art. 481 del Código Civil, para establecer que ni los Jueces ni la autoridad policial pueden, como antes de la sanción de la Ley, puedan disponer la internación por salud mental, sino que deben limitarse a dar intervención a efectores de salud para que realicen una evaluación interdisciplinaria, elaboren el correspondiente informe y remitan al Juez solicitante (según procedimiento ya descripto).
A la luz de las obligaciones que la legislación vigente ha puesto en cabeza de Estado local desde hace más de 10 años en lo que respecta a la adecuación de los Hospitales Generales para la atención de problemáticas de Salud Mental a continuación intentará dar cuenta del grado de avance del proceso de adecuación institucional, considerando aspectos vinculados a la transformación de los procesos administrativos, de gestión, de recursos humanos, edilicios y presupuestarios, de conformidad con lo dispuesto por la por la Ley de CABA N° 448 y Ley Nacional N° 26.657.

3.2. Las Unidades de Internación en Hospitales Generales

El Plan de Salud Mental de la Ciudad para los años 2002-2006, señalaba entre las principales deficiencias de la red de Salud Mental las *"escasas camas de internación en Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales Agudos (Hospital Piñero - Hospital Álvarez)"*[32].

En el año 2007, desde la Dirección General de Salud Mental se proyectaba crear *"no diez, sino cien camas para internación breve en Hospitales Generales"*, esperando concluir ese año con 60 camas habilitadas Hospital Durand, Pirovano, Rivadavia y Argerich, aunque advirtiendo que *"una dificultad para la apertura de salas para internaciones breves en los Hospitales Generales es la resistencia de algunos directores y profesionales de los Hospitales mismos"*.[33]

Sin embargo, a la fecha de realización del presente documento, no se han concretado estos proyectos, y las únicas dos salas de internación por Salud Mental son muy anteriores a la sanción de las leyes de salud mental, en tanto fueron puestas en funcionamiento a finales de la década de 1970. Esto da cuenta de profundas falencias en el cumplimiento de los mandatos que establece la Ley de Salud Mental porteña y la Ley Nacional; así también

[32] GCBA (2002) Plan de Salud Mental 2002-2006, página 19. www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/.../plan_salud_mental_tomo_1.pdf
[33] Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la CABA: "Es necesario cambiar la mentalidad". Publicado en Página 12 el 2/5/2007.

como del incumplimiento de propios objetivos que el GCBA se ha planteado en sus Programas para Salud Mental.

a) Proyectos inconclusos

- **Hospital Pirovano**[34]

En este Hospital, la Unidad de Internación todavía no fue inaugurada, aun cuando la obra se encuentra concluida, lo que incluye la instalación del mobiliario y la finalización de los concursos correspondientes. De inaugurarse, contará con una disponibilidad de 10 camas, divididas en 4 habitaciones con baño: 5 para mujeres y 5 para varones, siempre mayores de 18 años - 2 cuartos con dos camas y otros dos, con tres camas -. Respecto al proyecto inicial, esta Unidad muestra una reducción de 6 camas.

En lo que hace a los concursos, los mismos ya han concluido para el nombramiento de un Equipo conformado por:

- 3 Médicos Psiquiatras
- 3 Psicólogos
- 1 Trabajador Social
- 1 Musicoterapeuta
- 1 Terapista Ocupacional

Faltaría aún nombrar personal de enfermería: desde el Departamento de Enfermería se solicitaron 24 enfermeras[35], por tratarse de enfermería psiquiátrica, con recorte horario, lo que casi duplica la cantidad de enfermeros/as que tiene, por ejemplo, la Sala del Hospital Piñero.

Las dilaciones para avanzar y poner en funcionamiento la sala, surge con claridad al observar la información presupuestaria, en tanto que este proyecto tiene asignado fondos desde el año 2010.

[34] Oficio MSGC-5891570-2013. 29/11/2013 y Oficio MSGC-2755894-2012. Fecha 26/02/2013.
[35] Oficio MSGC-2755894-2012. Fecha 26/02/2013., f. 2

La obra fue incluida por primera vez en el Plan Plurianual 2010 para comenzar en 2011 y completarse en 2012. El monto total era de $ 4.700.000. El primer año se debía ejecutar $ 1.700.000 y $ 3.000.000 el año siguiente, es decir, el 36% en 2011 y el 64% en 2012.

En el Plan Plurianual del año 2011 la obra reapareció. El presupuesto total ascendió, esta vez, a $ 5.405.000. De ellos, $3.651.316 debían ejecutarse en 2011 (el 68%) y el resto ($ 1.753.684, equivalente al 32%) debía ejecutarse el 2012, año en el que la obra debía estar concluida.

En 2012 la obra apareció nuevamente planificada esta vez, por un monto total de $ 7.670.000. A su vez, se indicó como gastada en años previos la suma de $ 3.970.000, es decir, $ 318.684 más de lo previsto para la ejecución en 2011. El dinero que debía gastarse en 2012 - que continuaba figurando como seguía siendo el último de ejecución -, era $ 3.700.000.

Sin embargo, en 2013 la obra, que debía haber estado concluida, reapareció planificada por un monto total de $ 4.970.000, es decir, por un monto total sustancialmente menor a aquel programado el año anterior. Asimismo, el monto ejecutado en ejercicios anteriores era el mismo que en 2012, lo que indicaría que en 2012 no se devengó gasto alguno para continuar la obra. Finalmente, para 2013 se preveía ejecutar la suma de $ 1.000.000.

De lo expuesto se observa, en primer lugar, **un retraso de la obra, en especial, a lo largo del año 2012**. Por otro lado se observa una **deficiente programación presupuestaria ya que hay inconsistencias en el gasto programado cada año**.

Cabe destacar que en noviembre de 2012, en el marco del seguimiento de una Actuación Extrajudicial que recae sobre este Hospital, su Director afirmó que la obra estaba concluyendo y que sería puesta en funcionamiento antes de terminar el año. Un año más tarde, en noviembre de 2013, desde el Hospital informaron que *“la fecha para la puesta en funcionamiento depende del Ministerio de Salud".* [36]

- **Hospital Durand**[37]

El proyecto de habilitar una Unidad de Internación en el Hospital Durand tiene, al menos, 8 años. Para ello no solamente se llevaron adelante obras de infraestructura, sino que se amplió la planta funcional y se realizó el concurso de Jefe de Servicio. Sin embargo, la Unidad nunca se inauguró.

[36] Oficio MSGC-5891570-2013. 29/11/2013, f. 6
[37] Entrevista con Servicio de Salud Mental. 15/11/2013 y entrevista con el Dr. del Hospital el 10/12/2012.

El Director del Hospital informó que desde hace 5 años el Servicio se encuentra, en materia de infraestructura, en condiciones de funcionar con 8 camas para mujeres - ello dada la cercanía del Hospital Álvarez que tiene internación de varones -. Expresó también el principal obstáculo para poner en funcionamiento la Unidad de Internación, sería la falta de enfermeras/os especializadas en Salud Mental.

Asimismo, se informó que se requirieron más partidas para nombrar 2 médicos, 2 psicólogos, 1 terapista ocupacional, 1 trabajador social, y aproximadamente 20 enfermeros, cuya designación es el mayor problema. Los recursos fueron solicitados a la Dirección General de Salud Mental, y hasta el momento de este relevamiento, habrían ingresado sólo 3 enfermeros que fueron, finalmente, destinados a otros servicios.

b) Unidades actualmente en funcionamiento

- **Hospital Piñero**[38]

La Unidad de Internación funciona desde hace 35 años y cuenta con 32 camas destinadas a pacientes agudos de entre 18 y 65 años, de ambos sexos, aunque por carencia de personal de enfermería se encuentran habilitadas, solamente, 18 camas.

La dotación del personal se integra con:

- 1 Jefa de Unidad Médica
- 6 Médicos Psiquiatras
- 1 Psicóloga
- 1 Trabajadora Social
- 1 Terapista ocupacional
- 1 Enfermero Jefe (dependiente del Departamento de Enfermería)
- 13 enfermeros (también dependiente del Departamento de Enfermería)
- 11 Médicos Psiquiatras residentes, 12 Psicólogos residentes y 2 Jefes de Residentes.
- 1 Musicoterapeuta.

[38] Contestación Oficio Nº765/ECIE/12 – Nº1277/ECO/12 de fecha 26/12/2012 y Contestación Oficio N° 1448/ECIE/13 – N°2538/ECO/13 de fecha 18/10/2013.

- 1 Equipo de Post Alta y Talleres compuesto de 1 Médico Psiquiatra, 1 Psicóloga, 1 Terapista Ocupacional y 1 Trabajadora Social.

Además de las habitaciones y sanitarios pertenecientes a la Unidad de Internación, la misma cuenta con diversos espacios destinados tanto a la realización de reuniones con los familiares de los pacientes, como a la realización de actividades de las personas alojadas. Entre dichas actividades se cuentan numerosos talleres: guitarra, plástica y pintura, tango, entretenimiento y lectura, radio, cine, construcción de instrumentos, expresión literaria y artística, banda musical y recreación.

El régimen de alojamiento sería de carácter abierto, por lo que no se reciben pacientes "agresivos".[39] Los pacientes alojados ingresan por la Guardia, por el SAME, *por orden judicial*[40] o bien son pacientes del Servicio de Salud Mental que requieren internación.

- **Hospital Álvarez**[41]

La sala funciona en el Hospital desde el año 1978 y tiene una capacidad máxima de 20 camas. En ella se internan personas con padecimiento psiquiátrico agudo, de sexo masculino, de 18 a 65 años.

La dotación del personal se integra con:

- 4 Médicos Psiquiatras de Planta
- 1 Psicólogo de Planta
- Residentes de 2° año y de 1er año (Médicos y Psicólogos)
- Médicos Concurrentes de la Asociación de Psiquiatras Argentina (APSA) y Psicólogos Concurrentes del GCBA
- 1 Terapista Ocupacional de Planta
- 1 Concurrente de Trabajo Social (se ha solicitado 2 profesionales de Planta en este área)
- 2 Enfermeros por turno

[39] En este punto, cabe alertar respecto a lo problemático que resulta la negativa de un hospital público a recibir pacientes con padecimientos en su salud mental que se encuentren agresivo en tanto el nosocomio debe contar con los medios idóneos para abordar dicha situación.
[40] A partir de la entrada en vigor de la Ley Nacional 26.657, la única orden que puede cursar un Juzgado Civil al respecto, es el traslado de una persona a un establecimiento de salud para su evaluación si por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentra en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (Cfme. Art. 43 Ley 26.657 modificatorio del Art. 482 del Código Civil de la Nación)
[41] Oficio MSGC-5893-2013. 9/12/2013

El Servicio atraviesa, según manifiestan sus responsables, un marcado déficit de personal, en lo que refiere a terapia ocupacional, trabajadores/as sociales, y enfermeros/as. En este punto advierten que *"no solamente hay turnos con un único enfermero, sino que para cumplir lo estipulado en ese aspecto por la OMS, y tener 1 enfermero cada 7 pacientes agudos, se requieren 3 enfermeros por turno"*. Asimismo, señalan la necesidad de contar con personal de seguridad en la Sala.

b) Inexistencia de otros proyectos

Respecto a los restantes Hospitales Generales de Agudos, todos ellos informaron no tener conocimiento de la existencia de planes de obra, proyecto en marcha o fechas probables de inauguración para Unidades de Internación destinadas a Salud Mental.[42]

Desde el Servicio de Salud Mental del Hospital Santojanni y del Ramos Mejía informaron haber elevado el pedido para su creación[43].

No hay obras de internación planificadas en forma desagregada en el Plan Plurianual de Inversiones proyectado para 2014, ni obras de similares características en otros Hospitales.

3.3. Los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental de Guardias

Los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental se conforman por, al menos, un/a Trabajador/a Social, un/a Médico/a Psiquiatra y un/a Psicólogo/a que se desempeñan en las Guardias de los Hospitales de la Ciudad, dependiendo funcionalmente del Departamento de Urgencias, a fin de cubrir la atención de la demanda espontánea en la emergencia las 24 hs., los 365 días del año. Cada Hospital, por lo tanto, cuenta con 7 Equipos Interdisciplinarios que rotan realizando turnos de 24 hs. una vez a la semana.

Como dijimos, los mismos fueron creados a través del Decreto N° 1551/06 y a mediados de 2008 comenzaron a efectivizarse los nombramientos.

En la actualidad, la mayoría de estos Equipos se encuentran conformados[44] pero en muchos casos se registran vacancias de profesional/es algún/os día/s de la semana, sobre

[42] Zubizarreta, Oficio MSGC-5893106-2013; Tornú, Oficio MSGC-5891883-2013. 29/11/2013; Vélez Sarsfield, Oficio MSGC-5891785-2013.9/12/2013; Ramos Mejía, Oficio MSGC 58117402013. 24/01/2014; Santojanni, Oficio MSGC - 5893345-2013. 20/12/2013; Rivadavia, Nota N° 00309031-DGADC. 15/01/2014.
[43] Oficio MSGC - 5893345-2013. 20/12/2013

todo de Médicos Psiquiatras, e incluso, en el Hospital Penna, desde el año 2011, no se cuenta con ningún Médico/a Psiquiatras en la Guardia[45].

Entre las principales funciones que desempeñan estos Equipos, se destacan:

- Atención de la demanda espontánea en la Guardia por problemáticas asociadas a salud mental.[46]
- Realización de interconsultas de otros médicos de la Guardia por pacientes con padecimientos mentales, que ingresan con cuadros agudos de salud no directamente vinculados a dichos padecimientos.
- Búsqueda de referentes familiares y/o afectivos, averiguación de identidad, desarrollo de estrategias de externación, derivación asistida para continuar tratamiento ambulatorio - ya sea a través de un turno para la realización de entrevista de admisión en los Consultorios Externos del mismo Hospital u otro - de los pacientes con afectaciones en su salud mental.
- Realización de evaluaciones interdisciplinarias para establecer procedencia de internación por salud mental.
- Gestión de cama de internación por salud mental en el propio Hospital - si cuenta con Unidad de Internación específica - o derivación hacia Hospital monovalente, en caso de constatarse la existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- Acompañamiento de internación en Guardia hasta tanto se efectiviza una derivación.
- Realización de interconsultas en Sala, fuera del horario de atención del Servicio de Salud Mental.
- Atención de consultas institucionales (escuelas, policía) por situaciones de violencia, abuso, etc.

---

[44] Nos basamos en la información recibida por los Hospitales vía Oficio, aunque cabe señalar que resulta contradictoria con la información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según la cual al día de la fecha sobre un total de 13 Hospitales Generales, sólo 6 se encuentran conformados en su totalidad. Entre los 7 Hospitales restantes, en un caso (Vélez Sarsfield) falta completar la dotación de Psicólogos, en 4 falta completar la dotación de Trabajadores/as Sociales (Fernández, Piñero-resta un cargo de nombramiento pendiente-, Álvarez y Durand), mientras que en el Hospital Penna no cuentan con Médico/a Psiquiatras en la Guardia.

[45] Hospital Penna, Oficio MSGC-5811143-2013. 22/11/2013, f. 4 y 16.

[46] Entre los principales casos que atienden pueden vincularse a intentos de suicidio, violencia sexual, crisis de angustia, adicciones, descompensación psicótica y demencia senil, entre otros.

Vemos entonces que los Equipos Interdisciplinarios de las Guardias de los Hospitales resultan un eslabón clave en la atención de las personas con padecimientos en su salud mental que atraviesan un cuadro agudo y que puede requerir internación, siendo, en muchos casos, la puerta de ingreso a la red. Antes de ahondar en ese aspecto, que se retomará en el próximo acápite, vale la pena repasar algunos de los déficits enunciados por los Equipos durante el relevamiento realizado.

- Insuficiencia de disponibilidad de Médicos Psiquiatras. Si bien no se puede cuantificar la extensión de este déficit, en todas las entrevistas realizadas, surge que, al menos algún día de la semana, falta un profesional del Equipo Interdisciplinario, situación especialmente marcada entre los Médicos Psiquiatras. Como se indicara, el Hospital Penna no cuenta con ningún recurso de este tipo en la Guardia desde el año 2011. En estos casos, ante cada atención de emergencia que requiere de la participación de un/a Psiquiatra para la realización de la evaluación del paciente, debe solicitarse un profesional ya sea al propio Servicio de Salud Mental del Hospital (orientado a la interconsulta en Sala o a la atención en Consultorios Externos, y por lo tanto con turnos de atención programados) o a través del SAME, que en general procede del Hospital Alvear. En el Penna, si bien en 2011 se llamó a concurso interino para cubrir los cargos de 7 Psiquiatras de Guardia, el mismo quedó vacante por falta de postulantes.[47]

- Insuficiencia de Suplentes de Guardia para cubrir ya sea los cargos que se encuentran vacantes o para cubrir las licencias de los profesionales. La situación es especialmente extendida para el caso de los/as Médicos/as Psiquiatras, con marcada incidencia también entre los Trabajadores/as Sociales. De las entrevistas realizadas, se constataron situaciones en las que el Equipo de Guardia no cuenta con ningún suplente para determinada especialidad, o que cuenta con un único profesional para cubrir suplencias los 7 días de la semana. También en estos casos, debe solicitarse Médico Psiquiatra a través del SAME.

- Déficit importantes de recursos físicos: Las Guardias no cuentan con espacios específicos para la atención de las personas afectadas en su Salud Mental, identificándose resistencias de los restantes integrantes de los Equipos de Guardia a que los boxes sean utilizados por pacientes con estas problemáticas, por considerarse de menor urgencia.

[47] Hospital Penna, Oficio MSGC-5811143-2013. 22/11/2013, f. 4 y 16.

Ello se registra tanto para las internaciones que tienen lugar en la Guardia - hasta que se efectiviza la derivación a Sala, situación que, como veremos más adelante, puede extenderse durante días - como para la realización de entrevistas, las que son de carácter central en estas intervenciones en el marco de las restantes consultas. En la mayoría de los casos, las entrevistas deben realizarse en lugares no acondicionados a tal fin, tales como Salas de otras especialidades que se encuentran desocupadas, pasillos, Salas de espera o escaleras, etc.. A modo de ejemplo, durante el desarrollo de una de las visitas, se nos enseñó un espacio que le habría sido ofrecido al Equipo Interdisciplinario para la realización de entrevistas. Se trataba de un vestidor de no más de un metro de profundidad por dos metros de ancho, sin ventanas, con un banco apoyado contra la pared por todo mobiliario y con dos amplias puertas de madera, más semejante a un placard que a un consultorio. La información recabada durante las entrevistas, fue ratificada vía Oficio por los Hospitales Durand, Álvarez, Piñero, Vélez Sarsfield y Santojanni[48], mientras que los restantes Hospitales no brindaron información al respecto. Únicamente el Álvarez, el Pirovano y el Santojanni respondieron afirmativamente a la pregunta por la existencia de obras de infraestructura destinadas a tal fin, pero sin poder establecer si fueron iniciadas, grado de avance y/o fecha tentativa de inauguración.

- Ausencia de fortalecimiento de los Equipos Interdisciplinarios a la luz de los cambios introducidos por la Ley N° 26.657: la totalidad de profesionales entrevistados señalaron que, a partir de la sanción de la Ley N° 26.657, se ha operado una modificación y acrecentamiento de las funciones y responsabilidades a su cargo - sobre todo en lo que refiere al desarrollo de evaluaciones y elaboración de informes relativas a la procedencia de internaciones por Salud Mental-, y una multiplicación de actores - sobre todo del sistema judicial - con los que deben interactuar institucionalmente, proceso que no fue acompañado del fortalecimiento de las capacidades institucionales para abordarlo. Los déficits mencionados son variados, y se abordarán en profundidad en el siguiente acápite.

[48] Hospital Durand, Oficio MSGC-5893234-2013. 2/12/2013, f.14; Hospital Álvarez, Oficio MSGC-5893-2013. 9/12/2013, f.22; Hospital Piñero, Oficio MSGC-5893409-2013. 31/01/14 f.25; Vélez Sarsfield, Oficio MSGC-5891785-2013.9/12/2013, f. 4; Hospital Santojanni, Oficio MSGC - 5893345-2013. 20/12/2013, f. 9.

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INTERNACIONES POR SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES

A continuación proponemos caracterizar distintas estrategias y circuitos de intervención implementados por los equipos profesionales de los Hospitales Generales de Agudos ante la recepción de casos que requieren internación por razones de salud mental, identificando la interrelación entre los Equipos Interdisciplinarios de Guardia, los Servicios de Salud Mental y las Unidades de Internación cuando hubieran sido creadas; señalando principales fortalezas y debilidades de los mismos.

La situación no es homogénea en todos los Hospitales Generales. Una primera diferencia es la que se da entre los Hospitales que ya cuentan con Unidades de Internación (Piñero y Álvarez) y todos los demás, donde todavía dichas Unidades, no han sido puestas en funcionamiento. No obstante, dentro de estos últimos, constatamos que en algunos Hospitales se opta por efectivizar internaciones de Salud Mental en Salas de Internación de otras especialidades bajo el seguimiento del Servicio de Salud Mental, mientras que en otros se procede, sin excepción, a mantener la internación en la Guardia desde donde se gestiona una derivación hacia un Hospital Monovalente.

4.2. Estrategias de intervención identificadas

A partir de las respuestas a pedidos de informes cursadas a los Hospitales Generales de Agudos de CABA y la realización de entrevistas directas, se identificaron 3 situaciones:

- Hospitales que cuentan con Unidad de Internación de Salud Mental (Álvarez y Piñero)

- Hospitales sin Unidad de Internación que excepcionalmente realizan internaciones en sala de otras especialidades, bajo la supervisión del Servicio de Salud Mental (Ramos Mejía, Penna, Argerich, Pirovano y Zubizarreta)

- Hospitales sin Unidad de Internación que no realizan internaciones en salud mental, salvo en la Guardia hasta la admisión en un Hospital Monovalente o el egreso (Durand, Vélez Sarsfield, Santojanni, Rivadavia, Fernández y Tornú)

Para realizar esta clasificación, se toma en consideración el circuito de personas que ingresan a la Guardia de manera espontánea, por SAME, a partir de una solicitud judicial (según procedimiento previsto en art. 482 del Código Civil), o derivadas por el Servicio de

Salud Mental del propio Hospital, y que, el Equipo Interdisciplinario de Salud Mental, evalúa que requiere internación de salud mental.

Otra situación distinta, no considerada aquí, refiere a las personas que teniendo un padecimiento en su salud mental, son internadas por cualquier otro cuadro clínico, pero que, una vez que obtiene el alta, no puede egresar por causas de vulnerabilidad social, asociadas a su problemática de salud mental (falta de vivienda, imposibilidad de autovalerse, etc.). Estas situaciones son abordadas en todos los Hospitales Generales, como parte de las funciones de la atención de interconsulta en sala de los Servicios de Salud Mental. Si bien no estamos frente a una internación, estas situaciones plantean muchas similitudes con las internaciones de salud mental, en lo que refiere a las dificultades para construir un sistema de apoyos que faciliten las externaciones.

A continuación se presenta una breve caracterización de los circuitos de internación en los 13 Hospitales Generales de la Ciudad.

a) Hospitales con Unidad de Internación por Salud Mental

- Hospital Álvarez[49]

En este Hospital, en el año 2011 se registraron 19 internaciones voluntarias y 37 involuntarias, mientras que en 2012 se efectuaron 39 internaciones involuntarias y 22 voluntarias. El tiempo promedio de internación en la Unidad fue de 90 días.

En paralelo también se registra una alta incidencia de las **internaciones en Guardia**, entre el tiempo que transcurre desde que se determina la procedencia de aplicación de este recurso por motivos de salud mental y hasta tanto el paciente es admitido por la Sala del Hospital, derivado a Hospital Monovalente, o egresa luego de ser estabilizado. El tiempo de permanencia es indeterminado, dependiendo de la disponibilidad de camas en la sala de Salud Mental - cabe señalar que en 2012 la Sala de Internación rechazó la admisión de 30 personas - o de una posible derivación a un Hospital Psiquiátrico. Entre 2011 y 2012, se registraron 370 internaciones en la Guardia.

Entre las *principales dificultades* para llevar adelante las internaciones, se informó que: *"Las dificultades que desde hace largo tiempo se presentan respecto de las internaciones en esta Sala, y del más adecuado funcionamiento de la misma - dificultades que han*

[49] Oficio MSGC-5893-2013. 9/12/2013

motivado las correspondientes solicitudes formales -, se refieren a la falta de personal imprescindible en áreas específicas (enfermería, personal de seguridad, trabajo social, terapia ocupacional) por un lado, y a cuestiones de infraestructura que resultan en deficiencias serias respecto de la seguridad y de la confortabilidad que las personas internadas requieren (obras y/o elementos de seguridad en ventanas para pacientes de alto riesgo, implementación de espacios físicos para actividades terapéuticas y recreativas; mayor privacidad en boxes, etc.). Cabe resaltar que los mencionados pedidos han sido refrendados y fortalecidos en la Unidad de Letrados del art. 22, cuya representante tomó cabal conocimiento de la relevancia de tales requerimientos. Finalmente, llegadas las necesidades de la Sala a la Dirección General de Salud Mental, ésta remitió los pedidos a las Áreas correspondientes del GCBA. (...) Por otra parte, no se cuenta en este Hospital con la posibilidad de internar a pacientes con problemáticas de Salud Mental que sean de sexo femenino, ni menores, así como tampoco pueden ser internados gerontes, ni personas con abuso de sustancias sin otra patología mental asociada"[50].

- Hospital Piñero[51]

Si bien la Unidad de Internación del Hospital es para pacientes agudos, la insuficiencia de recursos sociales para facilitar las externaciones hace que se encuentre ocupada, en casi su totalidad, por pacientes crónicos.

En algunas oportunidades - sobre todo en caso de adultos mayores-, son internados en **Salas de otras especialidades**. En esos casos, el seguimiento es realizado por un Equipo de interconsulta que depende de la Unidad de Internación.

Asimismo, el Hospital presenta una alta incidencia de **internaciones en la Guardia**: de las 8 camas que hay en dicho espacio, habría llegado a haber 5 camas ocupadas con pacientes psiquiátricos. En este sentido y según información brindada por el Hospital, *"La cantidad de pacientes atendidos por razones de salud mental en Departamento de Urgencias (…) han sido durante el año 2011 de 13.769 y durante el año 2012, de 12.895"*[52], igualmente se aclara que no se efectúan estadísticas de ingreso por especialidad en Guardia dado que el Ministerio de Salud no exige la sistematización de

[50] Esto último aun cuando el Art. 4 de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 establece: "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud."
[51] Oficio MSGC 5893409-2013. 31/01/2014.
[52] Ídem., f. 22.

dicha información. Los pacientes ingresan por Guardia y luego son derivados al Servicio de Salud Mental, en caso de no disponer de camas en el mismo Hospital, se derivan a otros Hospitales o salas de internación, e incluso pueden egresarse de la guardia con alta médica.[53] El tiempo de permanencia es indeterminado, a la espera de la derivación a la Unidad de Internación o un Hospital Monovalente registrándose casos de prolongación de hasta 15 días.

Las internaciones voluntarias representan el 40% del total, en tanto que las de carácter involuntario representan el 60% restante[54].

Este Hospital declara recibir casi diariamente consultas por el consumo problemático de sustancias o intoxicación. Al ingresar los pacientes por guardia son atendidos por el equipo interdisciplinario, en caso de corresponder se procede a la desintoxicación. Debe señalarse que no cuentan con médico toxicológo ni con un laboratorio especializado. Posteriormente se trabaja con el paciente para facilitar su tratamiento, pero suelen encontrar fuertes dificultades para la derivación a lugares especializados, por lo general, si se requiere tratamiento en adicciones se resuelve a través del SEDRONAR y menos frecuentemente con la intervención del CENARESO. Las mayores dificultades se presentan con los pacientes duales, según obra en la respuesta al oficio cursado *"es casi imposible obtener camas, ya que estos pacientes no son aceptados por los servicios de Salud Metal por su adicción, ni por los tratamientos de adicciones ya que presentan sintomatología psiquiátrica (…) por lo que se prolonga la atención en el servicio de Guardia"*[55].

Asimismo se advierte como una de las principales dificultades para la internación de pacientes por afectación en su salud mental en el Hospital el crecimiento de la demanda de atención en esta área programática que "*ha generado un desbalance evidenciado en la falta sensible de camas para tal fin".*[56]

[53] Cf: Ídem. , f.22.
[54] Ídem., f.23.
[55] Ídem., f. 23.
[56] Ídem., f.24.

b) Hospitales que excepcionalmente realizan internaciones de salud mental en sala de otras especialidades

- Hospital Ramos Mejía[57]

Realizan internación tanto en la **Guardia** como en **Salas de otras especialidades**, cuando no se encuentra plaza en otros Hospitales para realizar derivación.

En estos últimos casos, el seguimiento lo realiza un Equipo Interdisciplinario de Atención a Pacientes con Problemáticas de Salud Mental que requieren internación, creado en enero de 2012 dentro del Servicio de Salud Mental. El mismo está compuesto por 1 Médico Psiquiatra y 2 Psicólogas, acompañadas por 1 Trabajadora Social del Servicio Social y 1 Enfermero con formación en Salud Mental, quien –como estrategia para saldar la falta de enfermería especializada- no se aboca directamente a la atención de los pacientes sino a brindar apoyo y capacitar a los/las enfermeros/as de las Salas en las que se efectúan las internaciones por Salud Mental: Clínica Médica, Urología, Cirugía, Traumatología o Ginecología.

Esta forma de trabajo fue implementada por iniciativa del propio Servicio de Salud Mental, habiendo llegado a tener hasta 18 personas internadas en simultáneo y no tienen registro de otros Hospitales que estén trabajando bajo esta modalidad.

Entre los Hospitales en los que se identificó internaciones en Salas de otras especialidades, el Ramos Mejía es en el que mayor incidencia tiene esta estrategia.

Durante 2012, se efectivizaron en Sala 105 internaciones: 54 voluntarias, 40 involuntarias y 11 que pasaron de involuntarias a voluntarias. El promedio de edad registrado fue de 38 años, siendo 14 la edad mínima y 86 la edad máxima. Respecto del tiempo de internación, en la mayoría de los casos (91) fueron de menos de 1 mes, aunque se registran 4 pacientes con internaciones que se prolongaron por más de 8 meses.

Con todo, el Equipo evalúa muy necesario avanzar en la apertura de una Unidad de Internación especializada. Ello porque si bien esta modalidad de trabajo se evalúa positiva en varios sentidos, en tanto las internaciones suelen ser más breves y permite la internación rápida ante cuadros agudos frente a la falta de camas en Hospitales Monovalentes; en muchos casos – los más graves y crónicos - la internación en Sala No Especializada en Salud Mental resulta problemática. Entre las razones aducidas se

[57] Oficio MSGC 58117402013. 24/01/2014.

destaca que el Hospital no cuenta con una Sala de Usos Múltiples en las que los internados/as y las personas recién egresadas puedan realizar actividades durante el día. En tanto las Salas de Internación están pensadas para que las personas guarden reposo, este rasgo se vuelve contraproducente para la evolución del paciente afectado en su salud mental. Por otra parte, existe una marcada discriminación tanto por parte de las otras personas internadas, como por parte del personal médico no vinculado a la Salud Mental, hacia estos pacientes, lo que genera situaciones conflictivas varias. En ese sentido, se señala desde el Hospital que se encuentran implementando cursos de actualización para subsanar el último de los problemas señalados.

No obstante lo hasta aquí mencionado, las internaciones en Sala no llega a cubrir la demanda que ingresa por la **Guardia**, por lo que también allí se registran internaciones.

En función tanto del cuadro del paciente como de la existencia o no de red familiar y/o social, el Equipo Interdisciplinario evalúa si corresponde o no realizar una internación o prescribir tratamiento ambulatorio. En el primer caso, el paciente queda en la Guardia hasta tanto obtener la admisión en Hospital Monovalente –solicitada a través de SAME- o en otra Sala del propio Hospital.

No se cuenta con información sobre la cantidad de internaciones efectivizadas en Guardia dado *que "el sistema de registro implementado en la actualidad (formato papel) dificulta la generación de estadísticas".* Respecto del tiempo de permanencia, se informa que "*el tiempo mínimo estimado hasta la derivación es de 12 horas y que han llegado a permanecer, en casos extremos, hasta 10 días en Guardia".*

- Hospital Penna[58]

El Hospital informa que efectúa internaciones en **Guardia, Clínica Médica y en Pediatría**[59]. En 2011, se registraron 38 internaciones y en 2012, 20. No se especifica si fueron voluntarias o involuntarias y aunque se comunica que fueron *"internaciones breves",* se especifica que no es posible reconstruir con mayor precisión estos datos.

Esta información no incluiría aquellos casos que, con criterio interdisciplinario de internación, fueron derivados hacia Hospital Monovalente. En este sentido, se señala que *"los pacientes que necesitan internación en una sala específica son derivados por la Red y/o SAME según la necesidad a los Hospitales monovalentes de la especialidad en la*

[58] Oficio MSGC-5811143-2013. 22/11/2013
[59] Ídem, f. 19.

CABA, principalmente los pacientes que por su patología son peligrosos para ello y para terceros".[60]

- Hospital Argerich[61]

Realiza internación tanto en la Guardia como en Sala de otras especialidades, cuando no se encuentra plaza en Hospitales Monovalentes para realizar derivación.

Las internaciones por Salud Mental **en Sala** provienen de consultas realizadas por Guardia o bien por internaciones por otras patologías que luego o en forma concomitante, requieren de internación por razones de Salud Mental, salvo aquellos casos en los que, por la gravedad de cuadro y criterio profesional, se juzga conveniente una derivación.

El Hospital dio inicio a esta modalidad de intervención a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, dado que previamente se derivaban todos los pacientes con patologías psiquiátricas a lugares asistenciales monovalentes. En tal sentido, se señala el carácter progresivo de esta modalidad de trabajo: *"la aplicación de las normativas de Salud Mental tanto locales como nacionales requieren de una adecuación de los ámbitos de atención de los equipos profesionales, todo lo cual se van realizando paulatinamente y atendiendo simultáneamente las necesidades del establecimiento en su amplio margen de atención"*[62].

Se informó asimismo sobre la necesidad de efectuar adecuaciones edilicias y de personal a fin de llevar delante de manera adecuada estas internaciones. En tal sentido, se señaló que: *"El Hospital registra dificultades para efectivizar internaciones por salud mental, ya que para ello se requiere no sólo suficiente personal profesional capacitado, sino también un lugar específico acondicionado y preparado para dar la mejor asistencia posible a pacientes con estas patologías. Asimismo, se considera apropiada, una ampliación de estructura que permita nombramientos de especialistas y soporte administrativo para rápidas y efectivas respuestas a requerimientos judiciales en esta materia. En la actualidad se efectivizan en este Hospital las internaciones por motivos de salud mental, asumiendo las dificultades que ello ocasiona, a saber: falta de lugar totalmente acondicionado, ocupación de una cama y/o habitación destinada a otro servicio asistencial, utilización de personal de enfermería no especializado en la materia, incomodidad para los otros pacientes internados, etc. Para casos excepcionales y conforme criterio médico, se deriva*

[60] Ídem, f.19.
[61] Oficio MSGC- 5891425 2013. 15/01/2014
[62] Ídem, p. 4-5

a otros Hospitales. En los casos de egresos, según el caso, se toma la conducta adecuada para el seguimiento del paciente"[63].

La respuesta al pedido de información no hace mención a la cantidad de internaciones por salud mental efectuadas en el período 2011 - 2012, refiriendo que *"no se cuenta en la actualidad con estadística referida a la asistencia específica por salud mental por consultorio externos ni por internaciones."*

- Hospital Pirovano[64]

En el marco de la situación ya mencionada de la Unidad de Internación de Salud Mental de este nosocomio, ante el ingreso en la **Guardia** de una persona que requiere internación por estos motivos, se gestiona la derivación a un Hospital Monovalente. Mientras tanto, las personas permanecen en la Guardia, bajo la supervisión del Equipo Interdisciplinario de Guardia, hasta que se efectiviza el traslado al Hospital Monovalente o el paciente es estabilizado y dado de alta desde la propia Guardia. Estas estadías, es común que se prolonguen durante algunos días, registrándose casos en los que se extendieron durante 10 días.

Muy excepcionalmente, ante la falta de vacante en Hospital Monovalente y falta de camas en la Guardia, la persona es internada en **Sala de otras especialidades** (Cirugía, Traumatología, Urología, por ejemplo) y en esos casos, el seguimiento hasta el alta de internación lo realiza el Servicio de Salud Mental, desvinculándose de este seguimiento el Equipo Interdisciplinario de Guardia.

Sin embargo, la internación en Sala no es evaluada positivamente por el Equipo que realiza el seguimiento, mencionándose, entre otros, los siguientes motivos:

- El Servicio de Salud Mental sólo ve al paciente una vez por día por la mañana, el resto del día la atención queda a cargo de enfermeros/as no especializados que no garantizan la toma de medicación;
- No es posible garantizar la contención del paciente que, en muchos casos, egresa sin alta;
- Tanto los médicos de otras especialidades como los otros pacientes internados "se asustan" de las internaciones por salud mental.

[63] Ídem
[64] Oficio MSGC-2755894-2012. Fecha 26/02/2013 y AE Nº 47/2009.

- La internación fuera de área requiere que el paciente cuente con familia, que se encuentre tranquilo y que acepte la medicación.[65]

- Hospital Zubizarreta[66]

El Hospital realiza excepcionalmente internaciones por salud mental en Sala, aunque mayoritariamente, los pacientes que requieren internación permanecen en la Guardia hasta que se efectiviza la derivación a Hospital Monovalente o egresan luego de ser compensados. Durante 2011-2012, del total de 202 internaciones, 191 se efectivizaron en la Guardia[67].

Respecto de las internaciones en Sala, se trata mayoritariamente de Adultos Mayores sin red de contención familiar y/o comunitaria, que se encuentran a la espera de una vacante en un dispositivo de la Dirección General de Tercera Edad del Ministerio de Desarrollo Social, y que, por lo general terminan requiriendo la interposición de un reclamo administrativo y/o judicial a los fines de que se garantice el recurso en cuestión.

En relación a las internaciones, la Directora del Hospital, señaló que no trabajan con "pacientes crónicos" porque no es la función de nosocomio y que, en esos casos, se busca la derivación. Frente a la pregunta sobre cuáles serían los criterios de internación, se señaló que, básicamente es la determinación de la "patología de base del paciente", teniendo en cuenta la "cronicidad", la "peligrosidad" y los dispositivos de intervención más adecuados para cada situación.

c) Hospitales que no realizan internaciones por salud mental (únicamente en Guardia)

- Hospital Durand[68]:

El Hospital no realiza internación por salud mental[69] a excepción de aquellos pacientes con criterio de internación según evaluación interdisciplinaria, que permanecen en la Guardia hasta que se efectiviza la derivación a Hospital Monovalente –solicitada a través del SAME- o egresan desde la guardia luego de ser compensados. Estos pacientes pueden permanecer un promedio de 1 a 2 días a la espera de derivación,

[65] Ídem
[66] Oficio MSGC-5891883-2013. 29/11/2013
[67] Ídem, F.4
[68] Oficio MSGC-5893234-2013. 2/12/2013
[69] Ídem, f.12

registrándose casos de entre 10 y 15 días. Ante la falta de recurso de internación específico, el criterio del Hospital sería no internar en Sala por riesgo de infecciones.

- Hospital Vélez Sarsfield[70]:

El Hospital tampoco realiza internaciones por salud mental[71], a excepción de aquellas que se efectúan en la Guardia, desde que se realiza la evaluación interdisciplinaria hasta la admisión en un Hospital Monovalente –solicitada a través del SAME- o egresan desde la Guardia luego de ser compensados.

Respecto de las dificultades para efectuar las internaciones, se informa que el Hospital *"no se cuenta con área de internación adecuada a tal propósito, como asimismo no se cuenta con el recurso profesional suficiente, ni el recurso de enfermería capacitado y suficiente"*.[72]

No se informa cantidad de consultas atendidas en Guardia, ni cuántas de ellas requirieron internación. En relación a ello se comunica que *"No es posible realizar búsqueda correspondiente, dada la gran cantidad de documentación que se requiere revisar a fin de intentar localizar los datos requeridos. Se informa que este establecimiento asistencial no cuenta con registros informatizados, sino que los mismos se realizan en forma manuscrita, en libros rubricados a tal fin."*[73]

- Hospital Santojanni[74]:

El Hospital no realiza internaciones por salud mental, a excepción de aquellas que tienen lugar en Guardia, hasta efectuar derivación a Hospital Monovalente.

- Hospital Rivadavia[75]:

El Hospital no realiza internaciones por salud mental, a excepción de aquellas que tienen lugar en Guardia, hasta su derivación a Hospital Monovalente o eventual egreso.[76]

Entre 2011 y 2012, se registraron un promedio de 300 personas atendidas, que el Equipo Interdisciplinario evaluó necesario internar por razones de salud mental pero, en ningún caso, dicha internación tuvo lugar en Sala de este Hospital.

---

[70] Oficio MSGC-5891785-2013.9/12/2013
[71] Ídem f. 4
[72] F. 5
[73] Ídem
[74] Oficio MSGC - 5893345-2013. 20/12/2013
[75] Nota N° 00309031-DGADC. 15/01/2014.
[76] Ídem, f. 5

- Hospital Fernández[77]:

El Hospital no realiza internaciones por salud mental, a excepción de las personas que ingresan al Departamento de Urgencias quienes, en caso de considerarse necesaria una internación por salud mental por criterio interdisciplinario, permanecen en observación en dicha área, a la espera de la admisión en Hospital Monovalente.[78]

En la respuesta al pedido de información realizado, no se especifica tiempo de permanencia ni cantidad de internaciones en Guardia, en tanto que *"el área de estadística no discrimina por el ítem de internaciones Psiquiátricas voluntarias o involuntarias".*

- Hospital Dr. E. Tornú[79]:

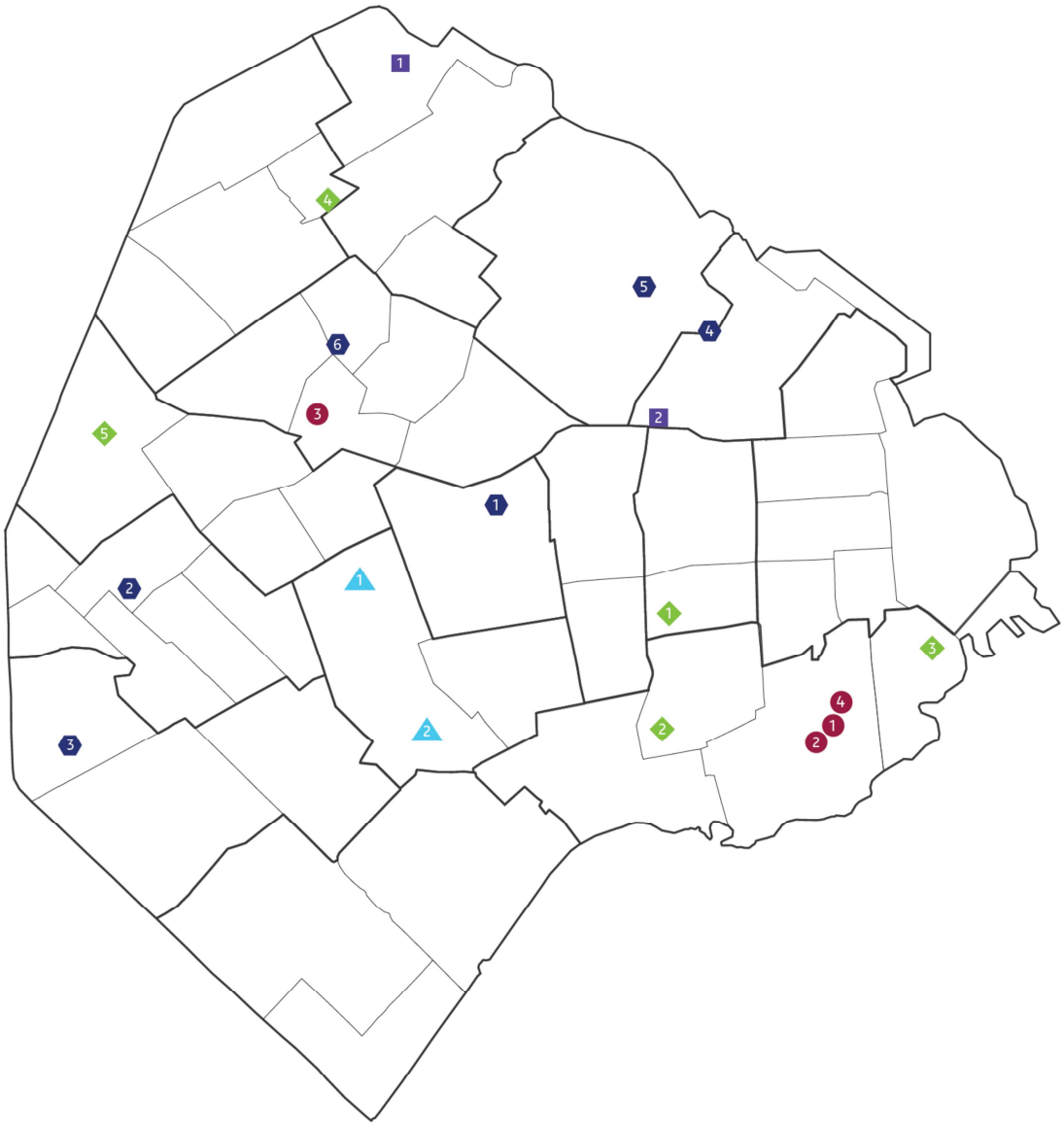
El Hospital no realiza internaciones por salud mental. Los pacientes que requieren internación permanecen en la Guardia hasta que se efectiviza la derivación a Hospital Monovalente o egresan desde la guardia luego de ser compensados. Permanecen un promedio de 3 o 4 días a la espera de derivación. [80]

Entre 2011 y 2012, se atendieron 3408 casos en Guardia de los cuales 614 ameritaron internación. Entre estos, 602 fueron derivados a Hospital Monovalente y el resto (12) se compensó y egresó desde la propia Guardia[81].

En relación a los motivos para no realizar internaciones en Sala, se argumenta que *"No es posible concretar internaciones porque no tenemos infraestructura edilicia acondicionada para dar respuesta en los casos que merezcan el uso de este dispositivo, como tampoco el personal de planta específico para cubrir dichas tareas. (…) sólo se atienden pedidos de interconsultas en las Salas, porque se trata de pacientes internados por patologías clínicas diversas".*[82]

[77] Respuesta a Oficio ECIE Nº 1855/2012. 15/01/2014
[78] Respuesta a Oficio. CN 7237290-DGLT, f. 6
[79] Oficio MSGC-5893106-2013. Fecha 29/11/2013
[80] Ídem, f.8
[81] Oficio MSGC-5893106-2013. Fecha 29/11/2013
[82] Oficio MSGC-5893106-2013. Fecha 29/11/2013, F. 8

MAPA: HOSPITALES DE LA CIUDAD SEGÚN ATENCIÓN DE CUADROS AGUDOS DE SALUD MENTAL



Referencias

Hospitales Monovalentes
1. Hospital Neuropsiquiatrico Dr. Braulio Moyano
2. Hospital Interdisciplinario Psicoasistecial Dr. Jorge T. Borda
3. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Dr. Torcuato De Alvear
4. Hospital Infanto - Juvenil Dra. Carolina Tobar García

Centros de Salud Mental
1. Centro de Salud Mental Nº 1 Dr. Hugo Rosarios
2. Centro de Salud Mental Nº 3 Dr. Arturo Ameghino

Hospitales Generales de Agudos con Unidad de Internación
1. Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
2. Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

Hosp. Grales. de Agudos que internan excepcionalmente en Sala
1. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía
2. Hospital General de Agudos Dr. José Penna
3. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
4. Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
5. Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta

Hosp. Grales de Agudos que sólo internan en Guardia
1. Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand
2. Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield
3. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni
4. Hospital General de Agudos Dr. Bernardino Rivadavia
5. Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández
6. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú

5. PRINCIPALES DÉFICITS Y RESISTENCIAS IDENTIFICADAS

a) Falta de fortalecimiento de los Equipos de Salud Mental para asumir las funciones dispuestas por la Ley N° 26.657

Como se señalara más arriba, la sanción de la Ley N° 26.657 ha operado una modificación de las funciones y responsabilidades a cargo de los profesionales responsables de las áreas de Salud Mental en los Hospitales Generales de Agudos, proceso que no fue acompañado del fortalecimiento necesario de las capacidades institucionales para abordarlo.

Todos los servicios de Salud Mental señalan el aumento de trabajo no habitual en su formación profesional y la mayor demanda de tiempo que ello implica para: el desarrollo de informes de las evaluaciones interdisciplinarias de la consulta espontánea, para aquellas solicitadas por Juzgado; en solicitud de atención en la vía pública o en domicilios particulares a través del SAME.

En este sentido, señalan dos problemáticas como centrales. En primer lugar, la falta de existencia/desconocimiento de protocolo y capacitación centralizada, para asumir estas nuevas funciones con criterio unificado. En segundo lugar, falta de recursos, ya sean humanos - personal administrativo que brinde asistencia -, o físicos y materiales - de espacio apropiado o de herramientas básicas como computadora, impresora y/o fotocopiadora, - para poder dar cumplimiento en tiempo y forma a los informes dispuestos por la Ley N° 26.657. Ello implica que, en muchos casos, los informes son redactados a mano, o con los recursos que ponen a su disposición otras áreas (Servicio Social, en uno de los casos), la necesidad de concurrir a librerías fuera del Hospital para realizar fotocopias de la documental solicitada, etc.

Ello repercute también en la inexistencia de registro sobre cantidad de internaciones voluntarias e involuntarias efectuadas en la Guardia. El relevamiento permanente y la construcción o no de dicha información depende de cada Hospital. En la mayoría de los Hospitales relevados, las consultas e internaciones se encuentran registradas en libros de Guardia y en historias clínicas de internación, sin ser posible acceder a información de forma sistematizada.[83]

[83] Mediante oficio, respondieron en tal sentido los Hospitales Penna, Oficio MSGC-5811143-2013. 22/11/2013; Rivadavia, Nota N° 00309031-DGADC; Fernández, CN 7237290-DGLT. Durante

Tampoco se ha dado la necesaria unificación de los procesos administrativos desde el nivel central, ni capacitación específica y obligatoria sobre la Ley Nacional de Salud Mental. La totalidad de los entrevistados señalaron que la capacitación, en general, es resultado de la iniciativa de los propios profesionales, ya que aun cuando algunos servicios de Salud Mental han promovido la realización de actividades en la materia, la asistencia a las mismas es de carácter voluntario.

En ningún caso se ha tomado conocimiento de la realización de actividades de capacitación o formación llevadas a cabo por la Dirección General de Salud Mental[84], más allá de aquellas realizadas con vistas a la conformación de los Equipos Interdisciplinarios, las que datarían de, al menos, cuatro años de antigüedad. La capacitación, aunque abierta a todos los profesionales, no resulta usualmente utilizada por otros profesionales que no sean aquellos cuyas especialidades se encuentren involucradas en la implementación de la Ley. Ello suele repercutir negativamente en el abordaje de ciertos cuadros de Salud Mental que requieren una intervención de los médicos no psiquiatras para su estabilización, restringiendo los alcances efectivos de la nueva legislación.

b) Prolongación de las internaciones en Guardia

Ante la falta de camas de internación en Sala y de vacantes en Hospitales monovalentes, las funciones del Equipo de Intervención Interdisciplinario de las Guardias de los Hospitales Generales se modifican. Lo que debería ser una atención en la emergencia, que se prolongue durante algunas horas hasta, o bien efectuar el egreso (tras ser compensado, derivado a la atención comunitaria y contactar a referentes familiares/ comunitarios, etc.) o bien gestionar su admisión en un dispositivo adecuado (ya sea de internación o de tipo convivencial), deviene en una verdadera internación. Así, tanto de las entrevistas realizadas como de las Actuaciones Extrajudiciales por reclamos individuales impulsados desde este Ministerio Público, se constatan casos que duran hasta 3 semanas.[85]

La lógica organizativa de las Guardias, cuyos equipos Interdisciplinarios rotan cada 24 horas atenta, en ocasiones, contra la uniformidad de criterio, la coherencia del abordaje de ciertos casos, al tiempo que no parece adecuado tampoco para la atención de problemáticas de Salud Mental el cambio permanente de referentes dentro de la institución

[84] Contestación Oficio Nº767/ECIE/12 y Nº1279/ECO/12, sin fecha.
[85] Actuación Extrajudicial ECIE 484/2013 (internación en Guardia 22 días), Actuación Extrajudicial ECIE Nº 184/2013 (20 días).

médica. Ello no parece haber sido suplido con el establecimiento de instancias institucionales de articulación y coordinación de la labor de los profesionales intervinientes cuyo contacto con los Equipos de otros días se reduce al *"pase de guardia".*

c) Discriminación por parte de personal médico y pacientes

La negativa a internar en sala de otra especialidad cuando no se ha puesto en funcionamiento la Unidad de Internación especializada se justificó mediante la imputación de características de "peligrosidad", "violencia", "conductas antisociales" (robo, agresiones, etc.) a las propias personas internadas por razones de salud mental, proveniente tanto de otros pacientes, como por parte de profesionales, ya sea por temores y prejuicios en el primer grupo, o por desconocimiento y falta de herramientas para intervención, por parte de los segundos. Esta perspectiva, incluso, fue identificada durante entrevistas realizadas con Directores de los Hospitales.

En la misma línea, se aduce la imposibilidad de realizar internaciones de Salud Mental por cuestiones netamente de infraestructura edilicia. Sin soslayar el hecho de que en muchos casos se requiere avanzar en obras de infraestructura, cabe advertir que la mayoría de estos déficits mencionados en las entrevistas y en las respuestas a Oficio se orientan a la contención física de los/as pacientes dentro del espacio hospitalario (falta de rejas, ventanas de vidrio, edificio en altura), concepción que en gran medida confronta con el paradigma de atención de la salud mental que establece la normativa vigente.

Asimismo, aun cuando la reglamentación de la Ley 26657 establece en cabeza del Estado la obligación de construir áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental[86], diversas corrientes de abordaje de la salud mental centradas en el enfoque de derechos humanos, desalientan la creación de salas específicas promoviendo la internación de pacientes con tales padecimientos en salas generales.

Retomando la respuesta brindada desde uno de los Hospitales: *"La principal problemática para efectivizar la internación de los pacientes con problemáticas de Salud Mental es la discriminación a la que lleva el desconocimiento de la Salud Mental"*[87]

[86] Ley 26657, Art. 28: "…A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACION FEDERAL, INVERSION PUBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.
Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo…"

[87] Hospital Ramos Mejía, Oficio Nº 5811740-2013. Fecha 14/01/2013

d) Resistencias a intervenir en casos vinculados a adicciones

Muy estrechamente vinculado con el ítem anterior, se identificaron resistencias a intervenir en casos vinculados con consumo problemático de sustancias aun cuando la Ley 26.657 establece expresamente en su artículo 4 que *Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud*.

Los Hospitales que cuentan con Unidad de Internación informaron que no admiten cuadros vinculados a adicciones[88], a excepción de que se defina que se trata de una "patología dual". A ello se suma la insuficiencia de los recursos específicos de adicciones (gestionados a través de SEDRONAR / CENARESO) que requieren para la admisión un proceso de entrevistas que se extienden, al menos, tres semanas. Durante este lapso, la persona, luego de ser desintoxicada cuando corresponde, permanece alojado en la Guardia del Hospital hasta la gestión de dicho recurso, o su egreso voluntario. Esto conlleva, sobre todo, a la extensión innecesaria de internaciones en las Guardias. Asimismo, suele suceder que mientras que los equipos de los Hospitales evalúen que se trata de un problemática exclusivamente vinculada con adicciones, desde los dispositivos de atención de adicciones también rechacen la admisión por presentar "características psiquiátricas"[89].

e) Ausencia de lugares para la realización de actividades de recreación y rehabilitación

Los espacios para las internaciones en los Hospitales Generales de Agudos que no cuentan con Unidad de Internación especializada están diseñadas para el reposo de los pacientes, mientras que la atención de problemáticas de Salud Mental requieren necesariamente de actividades de recreación y rehabilitación, tanto para la recuperación de quienes se encuentran internados, como de aquellos pacientes recientemente egresados.

f) Déficit de enfermería especializada

Tanto en las Unidades de Internación, en los Equipos Interdisciplinarios de Guardia como en los Servicios de Salud Mental – realicen o no internaciones - se dio cuenta del faltante

[88] Oficio 5893409-2013, f. 16 y
[89] Oficio 5893409-2013, f.23

recurrente de enfermería especializada.[90] Con todo, cabe subrayar que este déficit de ninguna manera puede considerarse un obstáculo infranqueable para la efectivización de internaciones por salud mental, a la luz de las experiencias exitosas de transferencia de conocimientos que fueron identificados durante el relevamiento realizado. [91]

g) Falta de dispositivos alternativos en la Red de Salud Mental para favorecer los egresos

La falta de recursos adecuados para la externación general suele generar la prolongación innecesaria de las internaciones, con el riesgo que ello implica para la salud en general y el carácter iatrogénico de las mismas. Esta situación, en ocasiones induce a los profesionales a favorecer una internación psiquiátrica en Hospitales Monovalentes como alternativa a la falta de instituciones convivenciales adecuadas. La ausencia de dispositivos alcanza a aquellas patologías que son propias de la edad avanzada, como por ejemplo, la demencia senil. Los escasos dispositivos convivenciales existentes (Casa de PREASIS, Casas de Medio Camino, Hogares para la Tercera Edad) solicitan para la admisión que las personas sean "*autoválidas*", que "*tengan conciencia de su enfermedad*" y que "*tomen la medicación sin asistencia*", todos requisitos que en algunos casos son, un objetivo a cumplir a través del propio tratamiento ambulatorio.

Cabe señalar que éste no es un problema exclusivo de los Hospitales Generales en los que se realizan internaciones por salud mental, dado que en muchas oportunidades se trata de personas que ingresan con motivo de otros cuadros clínicos, pero que, una vez obtenida el alta, no pueden egresar por encontrarse en situación de vulnerabilidad social asociada a su padecimiento de la salud mental.

Esto es absolutamente contrario al espíritu de la Ley nacional, que específicamente en su art. 15 señala que *"en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes".*

La derivación a instituciones para tratamientos ambulatorios - aún incluso a aquellas dependientes del propio Hospital -, también resulta altamente problemática. El

[90] Oficio MSGC-2755894-2012. Fecha 26/02/2013; Tornú: Oficio MSGC-5893106-2013. Fecha 29/11/2013; Zubizarreta: Entrevista con Equipo Interdisciplinario en la Dirección del Hospital. 29/11/2013; Álvarez: Oficio MSGC-5893-2013. 9/12/2013; Vélez Sarsfield: Oficio MSGC-5891785-2013.9/12/2013; Santojanni: Oficio MSGC - 5893345-2013. 20/12/2013; Piñero: Oficio Nº765/ECIE/12 – Nº1277/ECO/12 de fecha 26/12/2012; Durand: entrevista con Director en noviembre de 2012.

[91] Ver caso del Hospital Ramos Mejía.

procedimiento de derivación no está ni sistematizado ni formalizado, menos aún, informatizado. De este modo, el paciente es derivado pero su destino efectivo se torna incierto, pues no hay constancia de la concurrencia del paciente a la institución a la que fue derivado. Asimismo, las admisiones en los efectores no se realizan todos los días, lo que dificulta el proceso de derivación. A su vez, hay muchos CeSAC que no cuentan con Médico Psiquiatra por lo que no pueden recibir derivaciones de esta índole y, en la mayoría, según manifiestan los profesionales, suele haber demoras considerables para el otorgamiento de turnos. En ocasiones, los profesionales de Guardia, cuando no consiguen realizar efectivamente la derivación, citan pacientes en los dispositivos de urgencia para controlar sus tratamientos[92].

El problema de la debilidad en el proceso de las derivaciones es de larga data y afecta al conjunto del Sistema de Salud. El Plan de Salud Mental 2002 – 2006 menciona una serie de acuerdos asumidos por parte de los Servicios de Salud Mental en relación a que la circulación de pacientes dentro de la Red de Salud Mental se haría *"en forma personalizada por el Jefe, o a través del profesional que designe, a fin de que los pacientes sean recibidos por un profesional específico, con resumen del estado actual y diagnóstico presuntivo"* [93]

No obstante este objetivo, en la práctica y en general, se observa una importante desarticulación entre las Guardias – tengan o no Equipo Interdisciplinario - y los Servicios de Salud Mental. Los criterios para derivar pacientes desde la Guardia no necesariamente coinciden con aquellos seguidos por el Servicio para asignar turnos, más allá del hecho de que los Servicios registran demoras y también evidencian dificultades para contar con sus planteles profesionales completos.

Otra dificultad relevada respecto de la externación de la Unidad de Internación es la imposibilidad de acceder a la medicación, que no es provista por los dispositivos de Salud Pública. En algunos casos, dicha falta es suplida recurriendo al Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad o al Gobierno Nacional.

[92] Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación de la Ley N° 448 de Salud Mental de la Legislatura: Informe Diciembre 2012, y Entrevistas a Equipos Interdisciplinario de Guardia.
[93] Plan de Salud Mental 2002-2006, p. 119

6. CONCLUSIONES

Tras el panorama que plantean los datos previos, puede afirmarse que el proceso de adecuación de la intervención de los Hospitales Generales de Agudos en materia de salud mental en la CABA previsto tanto la Ley N° 448 como la Ley N° 26.657, se encuentra en un estancamiento producto de la ausencia de acciones efectivas que posibiliten los recursos mínimos para dar cumplimiento a lo estipulado por el marco normativo vigente.

En lo que hace a las internaciones breves por salud mental, la Ciudad de Buenos Aires ha incumplido con su obligación de abrir nuevas plazas en Hospitales Generales, en tanto que las únicas dos Unidades de Internación que funcionan actualmente (Hospitales Piñero y Álvarez) fueron inauguradas hace ya más de 35 años.

Incluso estas Unidades, no cuentan con la totalidad de camas disponibles habilitadas, dada la insuficiencia de personal, fundamentalmente de enfermería especializado, lo que conduce a la subutilización de la capacidad instalada, que puede oscilar entre el 31% y el 43%. A ello se suma que, ante la ausencia de programas y dispositivos intermedios para desarrollar un sistema de apoyos y sostenes que faciliten los procesos de egreso, en muchos casos las plazas de internación son ocupadas como “solución” para “pacientes crónicos” por largos periodos (superiores a un año) ante problemáticas sociales, de vivienda y/o falta de grupo familiar continente, aún cuando la normativa vigente prohíbe expresamente que las internaciones puedan ser prologadas para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes (Ley 26.657 art. 15).

La inacción del Gobierno local es contraria no solamente a la Ley 448 (art. 13 inc. e) y Ley 26.657 (art. 28), que establece expresamente que las internaciones deben ser breves y realizarse en Hospitales Generales, sino también al propio diagnóstico realizado desde el Estado Local que hace más de 10 años señalaba en su Plan de Salud Mental (2002 – 2006) entre las principales deficiencias del sistema las “escasas camas de internación en Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales”. Si bien desde entonces se han realizado anuncios públicos y avanzado en proyectos para crear plazas de internación en el Hospital Pirovano, Durand, Rivadavia y Argerich (incluso realizando reformas edilicias necesarias y concursos de personal), los mismos nunca fueron ejecutados. Esta es en la actualidad la situación del Hospital Pirovano, que –luego de dos años de demora- ha concluido la obra y los concursos para poner en funcionamiento una Unidad de Internación

que, sin embargo, no se habilita. La situación es realmente alarmante dado el precedente del Hospital Durand que, luego de realizar las correspondientes obras y concursos, nunca habilitó las camas de internación.

En este escenario, y aún cuando la Ley Nacional de Salud Mental establece que “el rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemáticas de Salud Mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23.592”, la ausencia o insuficiencia de camas para la efectivización de internaciones, opera como un aliento a la derivación desde los Hospitales Generales hacia los Hospitales Monovalentes, conllevando al aumento del número de internaciones por salud mental efectuadas en las Guardias a la espera de una derivación, que suelen extenderse por largos periodos (se han registrado internaciones por salud mental en guardia de hasta 3 semanas) en condiciones que no resultan adecuadas. La inexistencia de protocolos de intervención comunes definidas por la Dirección General de Salud Mental o el Ministerio de Salud ante estos casos, conlleva a que cada Hospital defina autónomamente cómo intervenir ante la recepción de pacientes que atraviesan cuadros agudos de salud mental que requieren internación.

Algunos Hospitales realizan internaciones en sala de otras especialidades, bajo el seguimiento del Servicio de Salud Mental (Ramos Mejía, Penna, Argerich, Pirovano y Zubizarreta). Con todo, salvo contadas excepciones entre las que se destaca el trabajo desarrollado por el Equipo del Hospital Ramos Mejía, estas internaciones resultan excepcionales y proceden únicamente si no se obtiene una vacante en Hospital Monovalente y en caso de que el paciente reúna una serie de requisitos vinculados con el tipo de padecimiento / comportamiento.

Los restantes Hospitales (Durand, Vélez Sarfield, Santojanni, Rivadavia, Fernandez y Tornú) informan que en ningún caso se efectúan internaciones en sala y sin excepción se solicita una derivación a un Hospital Monovalente y que, hasta que se efectúe la admisión y traslado, el/la paciente permanece en la Guardia.

Así, un sistema que desarticuladamente combina pocas Unidades de Internación, proyectos de Unidades terminadas y no habilitadas, proyectos de Unidades inconclusos, con Hospitales Generales de Agudos que internan en Salas no especializadas y con otros Hospitales que únicamente lo hacen en las Guardias y hasta lograr la derivación hacia un Hospital Monovalente o externar, aporta heterogeneidad, discrecionalidad cuando no irregularidades a los procesos de internación por motivos de salud mental, conculcando

derechos de los pacientes, cuando deberían protegerse y garantizarse. Ello deja a los profesionales comprometidos con los avances en la materia en una situación sumamente delicada debido a la falta de recursos humanos y físicos, al tiempo que facilita estrategias de obstaculización y resistencia por parte de actores del campo médico-hospitalario contrarios nuevo modelo de atención de la salud mental.

Ante la negativa a realizar internaciones en sala cuando el Hospital no cuenta con Unidad de Internación especializada en Salud Mental, el seguimiento de las internaciones en la Guardia hasta la derivación recae sobre los Equipos Interdisciplinarios de Guardia. Si bien los mismos se han conformado en todos los Hospitales Generales de Agudos, su integración es, no obstante, deficitaria pues se registra una falta preocupante de Médicos Psiquiatras así como profesionales de enfermería especializados en salud mental. Asimismo, en todas las especialidades hay dificultades para encontrar profesionales de reemplazo cuando los titulares se encuentran de licencia. En esta línea, como se señalara más arriba, también existen dificultades con los concursos y nombramientos para formalizar las estructuras que demandan las actividades que dichos Equipos deben realizar.

Este déficit de profesionales en la especialidad para la atención de la problemática coarta y despoja de sentido a la operatoria del sistema. A modo de ejemplo, cuando no está el Médico Psiquiatra, los Equipos Interdisciplinarios piden la colaboración del SAME Alvear para cubrir las necesidades que los casos requieren, es decir, que un Hospital debe requerir a un servicio de emergencia que se encuentra destinado a la atención domiciliaria o en calle, para cubrir una demanda y cumplir con los requisitos que impone el marco normativo. Si esta necesidad se da en el horario de atención de los Consultorios Externos, los Equipos requieren, en ocasiones, la colaboración a los profesionales del Servicio de Salud Mental o del Servicio Social pero dicha articulación es informal y se basa en la existencia o no de buena predisposición y compromiso por parte de los agentes para el cumplimiento de esta tarea, en tanto que estos equipos no comparten la misma dependencia funcional.

A este panorama, debe sumarse que la ampliación de procesos que deben desarrollar los profesionales involucrados en Salud Mental para adecuar sus intervenciones a lo requerido por la Ley N° 26657, no ha sido acompañado desde las autoridades sanitarias porteñas, por los refuerzos necesarios, ni a nivel de los recursos humanos, ni a nivel de los recursos físicos, materiales o de capacitación. En ese sentido, a las deficiencias señaladas en

relación al personal médico y otros profesionales vinculados a la temática, se suma la ausencia de recursos administrativos en las Guardias y los Servicios. Así es como, por ejemplo, los Hospitales no cuentan con estadísticas discriminadas que permitan identificar y contabilizar las internaciones por salud mental, lo que repercute también en la inexistencia de registro sobre cantidad de internaciones voluntarias e involuntarias efectuadas en la Guardia. El relevamiento permanente y la construcción de dicha información dependen, como se señalara precedentemente, de cada Hospital.

Igualmente, las capacitaciones específicas requeridas para poder implementar un marco legal como el vigente debieran ser integrales, obligatorias y amplias, y no estar sujetas a la motivación e interés individual entre los profesionales involucrados.

Queda entonces señalar que aún falta un largo camino por recorrer en materia de Salud Mental. La vigencia del actual marco normativo no basta para la garantía efectiva y salvaguarda de derechos de las personas afectadas en su salud mental, pero es vital dado que demarca un piso al que progresivamente se deberán ir adecuando las prácticas reales.

ANEXO I: Información solicitada a los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad.

Respuestas de todos los Hospitales mediante Oficios: MSGC-5811143-2013, 22/11/2013; MSGC-5891570-2013, 29/11/2013; MSGC-5893106-2013, Fecha 29/11/2013; MSGC-5891883-2013; Oficio MSGC-5893234-2013, 2/12/2013; MSGC-5893-2013, 9/12/2013; MSGC-5891785-2013, 9/12/2013; MSGC - 5893345-2013, 20/12/2013; MSGC- 5891425 2013, 15/01/2014; Nota N° 00309031-DGADC; CN 7237290-DGLT; MSGC-5811740-2013, 24/01/2014, y MSGC-5893409-2013, 03/02/2014.

1. Remita copia de la **estructura orgánica funcional** del Hospital

2. Informe **cantidad de internaciones por razones de salud mental** producidas en el hospital durante los años 2011 y 2012, detallando:

2.1 Lugar principal en el que se realizó cada internación (Unidad de Internación psiquiátrica, Guardia, otra sala ¿cuál?)

2.2 Cantidad de internaciones involuntarias y cantidad de internaciones voluntarias

2.3. Tiempo de duración de la internación

2.4. Cantidad de personas menores de 18 años que fueron internadas

2.5. Cantidad de derivaciones a otros Hospitales por falta de recurso adecuado

2.6. Informe si se registraron internaciones vinculadas con problemáticas de adicciones y modo de actuación en estos casos.

2.7. Informe si el Hospital registra dificultades para efectivizar internaciones por razones de salud mental. En caso afirmativo menciones principales déficits.

3. Procesos de externación

3.1. Indique qué recursos cuenta el Hospital para facilitar el proceso de egreso, ya sea en el propio Hospital u otros servicios (atención ambulatoria, Hospital de Día, gestión de subsidios, inclusión en Programas de reahabilitación / reinserción social, otros)

3.2. Indique si desde el Hospital se realiza seguimiento de la evolución de los pacientes luego del alta de una internación por salud mental y en qué consiste dicho seguimiento.

4. Indique si el Hospital cuenta con **Unidad de Internación en Salud Mental.**

En caso positivo indique:

4.1. Fecha (mes/año) en que comenzó a funcionar la Unidad de Internación en Salud Mental

4.2 Cantidad de camas y características generales (población destinataria, obras de infraestructura en curso y otros datos de relevancia)

4.3. Cómo está conformado el Equipo de trabajo: cantidad de personas y profesión

4.4. Ubicación en la estructura orgánico funcional (detalle si depende del Servicio de Salud Mental y relación con Equipo de Guardia Interdisciplinario de Salud Mental)

En caso negativo, indique:

4.4. Si el Hospital tiene prevista la realización de obras destinadas a la conformación de la Unidad, cuáles son dichas obras y cuál es su grado de avance.

4.5. Si se ha avanzado en la ampliación de estructura de recursos humanos y en el nombramiento de profesionales, especificando en qué han consistido dichos avances.

4.6. Fecha prevista para la puesta en funcionamiento de la Unidad de internación en Salud Mental

5. Indique si el Hospital cuenta con **Equipo de Guardia Interdisciplinario de Salud Mental**. En caso afirmativo, indique:

5.1 Fecha (mes/año) en que comenzó a funcionar este Equipo de Guardia

5.2. Cómo está compuesto el equipo (cantidad de personas y profesión y/o función)

5.3 Total de consultas atendidas durante los años 2001 y 2012 (explicite cuántos de estas fueron de menores de 18 años)

5.4. Total de consultas en las que se originó internación por razones de salud mental durante los años 2011 y 2012 (explicite en cuantos casos se trató de menores de 18 años, en cuantos casos la internación se realizó en el Hospital y en cuantos casos se gestionó derivación)

5.5. Dependencia funcional del Equipo (indique si depende del Servicio de Salud mental o de la Guardia)

5.6. Indique si el Hospital cuenta con un espacio adecuado para la atención de pacientes por razones de salud mental en la Guardia. En caso negativo, indique si el Hospital tiene prevista la realización de obras para ello.

ANEXO II. Información solicitada a la Dirección General de Salud Mental mediante Oficio ECIE Nº1494, recibido el 21/10/2013 y sin respuesta al día de la fecha.

Sra. Ministra de Salud

De la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dra. Graciela Reybaud

S. / D.

Me dirijo a Usted en mi carácter de Coordinador de Equipo Común de Intervención Extrajudicial – Asesorías Tutelares de Primera Instancia ante el fuero CAyT del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con domicilio en la Av. Paseo Colón 1333, 6º Piso, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Tel 5299-4400, int 4771) a fin de solicitarle tenga a bien brindar la siguiente información **sobre las adecuación de servicio y creación de Unidades de Internación de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos** (conf. Art. 28 de Ley 26.657 y art. 13 inc. d, art. 12 inc. b de Ley 448)**.**

1. Informe qué Hospitales Generales de Agudos cuentan en la actualidad con Unidad de Internación de Salud Mental. Especifique, para cada uno de ellos, cantidad de camas, recursos humanos afectados y si alojan niños, niñas y adolescentes.
2. Informe en qué Hospitales se están llevando adelante obras de infraestructura para la puesta en funcionamiento de la Unidad de Internación de Salud, describa en qué consisten dichas obras, grado de avances y fecha estimada de finalización.
3. Informe fecha estimada para la puesta en funcionamiento de las Unidades de Internación en Salud Mental de los Hospitales que aún no cuentan con dicho servicio.
4. Informe si se encuentra definido un “mínimo y un máximo de camas” para destinar a la internación breve por razones de salud mental en cada Hospital General (conf. Art. 14 Inc. i Ley 448).
5. Informe Hospitales Generales en los que se encuentre vacante las jefeturas de servicios de salud mental, si en dichos casos se están substanciando concursos, si existen impugnaciones a los concursos en trámite y motivos de impugnación.

Toda vez que el Ministerio de Salud es el encargado de hacer efectivo el derecho a la salud integral dispuesto en la Ley 153 , y teniendo en cuenta que esta Oficina, como parte integrante del Ministerio Público Tutelar tiene como misión la articulación, monitoreo, control y reclamo del funcionamiento de las distintas agencias, a fin de que se cumpla con el respeto, protección y la satisfacción de los derechos y garantías de los niños y las personas afectadas en su salud mental, es que solicito que en el plazo de **10 (diez) días** de recibido el presente Oficio, me informe lo requerido; **conforme Ley 104 y Ley 1903 de la CABA.**

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

MINISTERIO PÚBLICO TUTELAR | CABA

ASESORÍA GENERAL TUTELAR | CABA

Alsina 1826 |C1090AAB|
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
tel (+5411) 5297·8000

www.asesoriatutelar.gob.ar

agt@jusbaires.gov.ar

MPT

El **Ministerio Público Tutelar** es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes y de las personas afectadas en su salud mental.

Para ello, la **Asesoría General Tutelar** se ha propuesto una intervención estrictamente vinculada al control de la política pública local a través de acciones de monitoreo, interpelación, articulación y seguimiento del debido funcionamiento de las instituciones del Estado.