

**ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS - BECAS SALUD INVESTIGA “DR. ABRAAM SONIS”  
2017**

**INFORME FINAL**

Título:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
CON INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA EN HOSPITALES GENERALES: ESTUDIO EN  
CUATRO PROVINCIAS ARGENTINAS.

Título Abreviado:

Calidad de la Atención en Internación Psiquiátrica en Hospitales Generales de Cuatro Provincias  
Argentinas

Guía de Reporte Utilizada para la Confección del Informe Final:  
SQUIRE 2.0 Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence

Autores:

José BERTAGNI, Hospital Provincial de Rosario; Luciano GRASSO, Hospital Municipal Ramón  
Santamarina, Tandil; Ana HEREDIA, Instituto de Investigación y Formación en Administración  
Pública, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba; Mónica PRADO,  
Hospital General Las Heras, Tupungato.

Colaboradores:

Marina FERNÁNDEZ, Melina ROSALES, Lucía DINOLFO, Sofia LOITEGUI, Nieves  
MANSILLA, Johana MURILLO, Laura ATALA, Fiorela BOCCO, Soledad BUHLMAN, María  
Paz CAMINADA, Sol DEL CARPIO, Lucía GALINDEZ, Carolina VIARENGO, Solana YOMA,  
Nicolás ALONSO.

Coordinadora:

Sara Elena ARDILA GÓMEZ, Hospital Interzonal José A. Estéves. Instituto de Investigaciones,  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: [saraardi.cursos@gmail.com](mailto:saraardi.cursos@gmail.com)

Fuente de Financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA  
“Dr. Abraam Sonis”, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de  
Investigación para la Salud.

Declaración de Conflicto de Intereses:

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Lugar y Fecha:

Buenos Aires, Mayo 11 de 2018.

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
ABSTRACT Y KEYWORDS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MATERIALES Y MÉTODO	7
2.1 Diseño	7
2.2 Herramientas	7
2.3 Muestra	7
2.4 Análisis	8
2.5 Aspectos Éticos	9
3. RESULTADOS	9
3.1 Contextualización	9
3.1.1 Buenos Aires	9
3.1.2 Córdoba	10
3.1.3 Mendoza	10
3.1.4 Santa Fe	10
3.2 Características generales de los servicios	11
3.3 Respeto y salvaguarda de los derechos	14
3.4 Orientación comunitaria de la atención	14
3.5 Facilitadores y Obstaculizadores para el desarrollo de evaluaciones	21
4. DISCUSIÓN	23
5. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA	26
6. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

Página

TABLAS

Tabla 1. Entrevistas por Servicio	8
Tabla 2. Características Generales de los Servicios	12
Tabla 3. Respeto y Salvaguarda de Derechos	15
Tabla 4. Orientación Comunitaria	19
Tabla 5. Obstáculos y Facilitadores para la Evaluación	22

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### Resumen:

Argentina está en un proceso de transformación de la atención en salud mental, lo que implica el desarrollo de nuevos dispositivos de atención y el fortalecimiento de aquellos consonantes con la reforma, entre los que se encuentran los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales. La situación de dichos servicios en el país es heterogénea cuantitativa y cualitativamente, y son pocos los estudios al respecto. A partir de lo anterior, el objetivo general de este estudio fue evaluar la calidad de la atención de servicios de salud mental con internación psiquiátrica en hospitales generales, desde los ejes de la orientación comunitaria y el respeto y salvaguarda de derechos. Se realizó un estudio observacional, enmarcado en la investigación evaluativa y en la investigación-acción, en cuatro servicios ubicados en diferentes provincias del país. Se realizó análisis documental de datos estadísticos de los servicios, y entrevistas con el responsable, trabajadores y usuarios de los servicios. El análisis de los datos fue mixto. Los resultados indican que los derechos de los usuarios tienden a ser respetados durante la internación, en especial la conservación de los vínculos. En cuanto a la información sobre el diagnóstico y tratamiento, aún se requiere afianzar lo referido al consentimiento informado formal (escrito). Sobre la toma de decisiones, éstas tienden a incluir a los usuarios, aunque se desconocen las decisiones anticipadas. Los usuarios por su parte desconocen sus derechos, y las asociaciones que los nuclean. La orientación comunitaria se desarrolla mediante diversas estrategias como el trabajo con redes (formales e informales), la preparación para el alta, y las acciones para motivar el mantenimiento de los vínculos sociales y afectivos. Se observa un reconocimiento sobre la importancia y utilidad de la evaluación, pero la insuficiencia de herramientas para implementarla. Los datos estadísticos tienden a ser de baja calidad.

### Palabras Clave:

“Hospitales Generales”, “Servicio de Psiquiatría en Hospital”, “Evaluación en Salud”, “Salud Mental”, “Calidad de la Atención en Salud”.

## ABSTRACT Y KEYWORDS

**Abstract:** The mental health reform is undergoing in Argentina. This process implies the development and strengthening of services according to the reform principles. Inpatient psychiatric units in general hospital are one of those services. Inpatient psychiatric units vary quantitative and qualitatively across the country, and there are few studies that have analyzed them. Based on this, the objective of this study was to evaluate the quality of care of inpatient psychiatric units in general hospitals, according to the principles of community care and rights' fulfillment and respect. An observational study, based on evaluative research and action research was carried out in four services located in different provinces. Data collection included statistical records analysis and interviews with the chief of the service, workers and users. Analysis was quantitative and qualitative. Results indicate that users' rights tend to be respected during inpatient care, especially the right to remain engaged with their affective bonds, particularly, with their relatives. The right to access to information about their diagnosis and treatment still needs to be fully accomplished by the implementation of the written informed consent. Anticipated decisions were usually unknown by users and staff. Users ignore their own rights, and also are unaware of users' associations. About community approach to care, services develop a range of strategies such as networking, preparation for discharge, and actions to motivate users to maintain their social bonds and activities. Even evaluation, its importance and usefulness were fully recognized, there is a lack of tools for its implementation. Statistical data tended to be of low quality.

**Keywords:** "Hospitals, General", "Psychiatric Department, Hospital", "Health Evaluation", "Mental Health", "Quality of Health Care"

## 1. INTRODUCCIÓN

La atención de las personas con padecimientos mentales ha sido objeto de transformación en el último siglo, la cual ha implicado cambios conceptuales, en las prácticas y en las estrategias de intervención (1). El enfoque de derechos y la orientación comunitaria son dos ejes que conjugan tales dimensiones teóricas y prácticas de la transformación de la atención. El enfoque de derechos implica la salvaguarda de los derechos -ciudadanos y como pacientes- de las personas con padecimiento mental. La orientación comunitaria plantea que las intervenciones deben guiarse por la permanencia de las personas en su medio comunitario (2). En tal contexto, los servicios de salud mental con internación psiquiátrica en hospitales generales son un dispositivo necesario, como parte de la red de servicios que busca reemplazar a los hospitales psiquiátricos monovalentes tradicionales. Ello debido a que permiten la descentralización de la atención, así como la inclusión de servicios de salud mental en servicios de salud general, contribuyendo de tal modo a reducir el estigma y la discriminación (3, 4). Así, el desarrollo de tales servicios en hospitales generales, y el número de camas psiquiátricas en los mismos, son objetivos de la transformación de la atención, y un indicador de la misma (5, 1, 6).

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental de 2010 (7) contempla que “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales” (art. 28). Para el año 2011 sólo un 10,8% (n=1180) de las camas en salud mental en servicios públicos del país se localizaban en hospitales generales, y pese a que hubo un aumento del 38% de dichas camas entre 2010 y 2011 (8), se ha planteado que el número de camas por tipo de servicio, aunque es un dato necesario, no es indicador suficiente para evaluar la transformación en la atención, planteándose la necesidad de analizar a profundidad las prácticas de atención.

Estudios previos realizados en Argentina indican que en algunos servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales, continúa el aislamiento propio de la lógica manicomial, dificultándose el mantenimiento de los vínculos significativos, restringiéndose la autonomía personal y siendo escasa la participación en espacios colectivos (9). También se han señalado dificultades para la atención integral de usuarios en este tipo de servicios (10); y se han denunciado situaciones de vulneración de derechos en guardias o salas no especializadas en salud mental de hospitales generales (11).

Sin embargo, esta línea de investigación es aún incipiente, lo cual plantea la necesidad de desarrollar evaluaciones comprensivas sobre la atención en este tipo de servicios, pues los estudios existentes localmente son reducidos, utilizándose además herramientas específicas a cada estudio, hecho que dificulta la comparación entre servicios. El contar con información sistemática sobre éste tipo de servicios contribuiría a la mejora de la atención y aportaría a la fundamentación de las discusiones sobre la transformación de la atención en salud mental en el país, así como a la toma de decisiones político-técnicas fundamentadas en evidencia empírica.

A partir de lo anterior, el objetivo general de este estudio fue evaluar la calidad de la atención de servicios de salud mental con internación psiquiátrica de hospitales generales en cuatro provincias de Argentina, desde los ejes de la orientación comunitaria y el respeto y salvaguarda de derechos.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. Diseño**

El diseño fue observacional transversal de tipo descriptivo (12), enmarcado en la investigación-acción (13) y en la investigación evaluativa (14).

El estudio se realizó en cuatro servicios de salud mental con internación psiquiátrica en hospitales generales del sub-sistema público, ubicados en las localidades de Córdoba (Prov. de Córdoba), Rosario (Prov. de Santa Fe), Tandil (Prov. de Buenos Aires) y Tupungato (Prov. de Mendoza).

### **2.2. Herramientas**

Para cada uno de los servicios se realizó análisis documental (contextualización e información estadística básica del servicio), observación no participante, y entrevistas semi-estructuradas con el responsable del servicio, trabajadores y usuarios que hubiesen estado internados (ver instrumentos en el Anexo I). Los instrumentos utilizados fueron diseñados a partir de la revisión y discusión sobre su aplicación local por parte del equipo de investigación, de las siguientes herramientas: Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Módulo E. Servicios de Internamiento Psiquiátrico (15); Instrumento del Proyecto Multicéntrico “IDEA” (16), e Instrumento de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (17).

### **2.3. Muestra**

En cuanto a los criterios de inclusión de los entrevistados, en el caso de los trabajadores del servicio fueron: trabajar 10 horas semanales o más en el servicio y tener mínimo un año de antigüedad en el mismo. Para cada servicio se entrevistó a un trabajador por profesión, con un mínimo de un 25% de trabajadores entrevistados por profesión. Cuando hubo más de un trabajador por profesión en el servicio, se tomó como criterios de selección a aquel que trabajara más horas y que tuviese mayor antigüedad. Para la selección de los usuarios se incluyó a las primeras seis personas internadas en el servicio de modo consecutivo a partir del día 1 del mes 7 del estudio, y que aceptaron participar. En el caso de uno de los sitios del estudio, no fue posible completar la totalidad de las entrevistas con los usuarios. La tabla 1 resume el número de entrevistas realizadas por servicio.

Tabla 1. Entrevistas por Servicio

	<b>Provincia de Córdoba</b>	<b>Provincia de Santa Fe</b>	<b>Provincia de Buenos Aires</b>	<b>Provincia de Mendoza</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Responsable</b>	1	1	1	1	4
<b>Trabajadores</b>	2	4	6	3	15
<b>Usuarios</b>	4	6	6	6	22
<b>TOTAL</b>	7	11	13	10	41

#### **2.4. Análisis**

En cuanto al análisis de los datos, éste fue mixto. Para los datos cuantitativos se realizó un análisis estadístico descriptivo. Los datos cualitativos se analizaron a partir de las categorías pre-definidas en el estudio: respeto y salvaguarda de derechos y orientación comunitaria de la atención. Cada entrevista fue analizada de modo independiente por dos investigadores, realizándose posteriormente una triangulación del análisis y discusión de las categorizaciones por parte del equipo ampliado de investigación (18).

Las categorías predefinidas consideradas en el estudio se operacionalizaron de la siguiente manera:  
-Servicio de Salud Mental con Internación Psiquiátrica en Hospital General: Servicios donde se efectúen internaciones psiquiátricas, que no estén ubicados en un hospital psiquiátrico sino en un hospital general (6).



-Evaluación: Actividad de reflexión sobre el contexto, la estructura, los procesos y los resultados de la atención, basada en procedimientos sistemáticos que, en el campo de la salud, se realiza con el objetivo de establecer en qué medida los sistemas, programas, servicios e intervenciones logran responder a las necesidades de salud de la población (19, 20, 21).

-Calidad: Medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados, y si tales resultados son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia (22). Una buena calidad en salud mental implica que los servicios: preserven la dignidad de sus usuarios; proporcionen cuidados clínicos y no clínicos que ayuden a reducir el impacto del problema y mejoren la calidad de vida de los usuarios; promuevan las capacidades de las personas para afrontar los problemas que les aquejan; y que el uso de los recursos con los que se cuente sea eficiente y efectivo (22).

-Orientación comunitaria de la atención: Forma de atención que propende a la permanencia del enfermo en su medio comunitario, dentro de sus redes sociales, promoviendo su inclusión plena en el medio en el que vive (2).

-Respeto y salvaguarda de derechos: Refiere a la protección y cumplimiento de los derechos consagrados en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (23), en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (24) y en la Ley Nacional de Salud Mental (2010). Específicamente se focalizó en los siguientes derechos: 1) información acerca del diagnóstico y tratamiento, y toma de decisiones al respecto, 2) resguardo de la privacidad, 3) conservación de vínculos durante toda la internación, 4) no discriminación.

## **2.5 Aspectos Éticos**

La investigación se fundamentó en la “Guía para Investigaciones en Salud Humana” del Ministerio de Salud de la Nación (25). Se utilizó el consentimiento informado con todos los entrevistados.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1 Contextualización**

Como se señaló, el estudio se realizó en cuatro provincias argentinas: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe, en centros urbanos de diverso tamaño: dos grandes aglomerados urbanos (Córdoba y Rosario), uno de más de 100.000 habitantes (Tandil), y otro de un poco más de 30.000 habitantes (Tupungato).

#### **3.1.1 Buenos Aires**

El servicio de internación en el que se llevó a cabo el estudio se ubica en la ciudad de Tandil, la cual tiene 123.871 habitantes (26). En dicha ciudad, la red de servicios de salud estatal cuenta con 14 efectores del primer nivel de atención y cinco salas de primeros auxilios, cuatro de las cuales están ubicadas en localidades rurales. Tiene además dos hospitales estatales, uno de ellos local y vecinal, y otro de niños. Respecto a la internación en salud mental, el hospital local y vecinal tiene 14 camas para salud mental. En relación al marco normativo, la Provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley Nacional de Salud Mental mediante la Ley Provincial No. 14580 del año 2013.

### 3.1.2 Córdoba

El servicio de internación en el cual se realizó el estudio se localiza en la ciudad de Córdoba, la cual tiene 1.329.604 habitantes (26). Allí la red de servicios estatal cuenta con tres Centros de Integración Comunitaria (nacionales) y 115 efectores del primer nivel de atención (17 provinciales, 98 municipales), de los cuales 27 cuentan con psicólogos y 20 con trabajadores sociales. Además, hay 15 hospitales con servicios de salud mental (10 provinciales, tres municipales y dos nacionales). Para la internación, la ciudad cuenta con un hospital psiquiátrico monovalente (provincial) con 52 camas. Si bien muchos hospitales generales realizan internaciones por motivos de salud mental, sólo un hospital tiene camas habilitadas de internación por salud mental. En cuanto al marco normativo, la Provincia de Córdoba cuenta con la Ley Provincial de Salud Mental No. 9848, sancionada en octubre de 2010 y reglamentada en diciembre de 2012.

### 3.1.3 Mendoza

El servicio de internación en el que se realizó el estudio se encuentra en la ciudad de Tupungato, la cual tiene 32.524 habitantes (26). Allí la red de servicios de salud estatal cuenta con seis efectores del primer nivel de atención y una posta sanitaria, algunos de los cuales disponen de trabajadores sociales y psicólogos, aunque en horarios acotados. Con respecto a la internación, cuenta con un hospital general (provincial), que posee cuatro camas de salud mental, aunque de presentarse una demanda mayor y a fin de evitar derivaciones, si la disponibilidad de camas del hospital lo permite, se puede ampliar este número. Respecto al marco normativo, la Provincia de Mendoza no tiene legislación propia y aún no ha adherido formalmente a la Ley Nacional de Salud Mental.

### 3.1.4 Santa Fe

El servicio de internación en el que se realizó el estudio, se encuentra ubicado en la ciudad de Rosario, la cual tiene 948.312 habitantes (26). Allí la red de servicios de salud estatal cuenta con efectores del primer nivel de atención provinciales y municipales, en los que se ofrece atención en

salud mental, siendo los equipos en su mayoría matriciales, es decir, que un psiquiatra trabaja allí cada una o dos semanas. Además, hay tres hospitales con servicios de salud mental (provinciales), de los cuales uno es un hospital psiquiátrico monovalente. Para la internación, la ciudad cuenta con dos hospitales estatales (provinciales). Respecto al marco normativo, la Provincia de Santa Fe cuenta con la Ley Provincial de Salud Mental No. 10772 de 1991, reglamentada en 2007.

### **3.2 Características Generales de los Servicios**

Aunque los servicios estudiados presentan heterogeneidad en cuanto a sus características, las cuales se presentan en la tabla 2, es posible señalar algunas cuestiones generales:

- Un poco más de un 10% de las camas de los hospital analizados se destinan a internaciones de salud mental, en aquellos en los cuales cuentan con camas asignadas específicamente a la internación por salud mental.
- El equipo básico de salud mental contempla, en número variable, psiquiatras y psicólogos. Trabajadores sociales y enfermeros no necesariamente pertenecen al servicio pero sí al hospital. En algunos servicios se agregan otros integrantes al equipo como talleristas y acompañantes terapéuticos.
- Sólo en algunos servicios se lleva registro de las internaciones no voluntarias.
- Los servicios internan principalmente a personas adultas, aunque en un porcentaje menor, todos internan también a personas menores de 18 años.
- Los tiempos de internación tienden a ser breves (inferiores a 30 días), lo cual se refleja en el promedio de días de internación y en la moda de días de internación. No obstante, cabe señalar que se presentan algunos casos de internaciones que se prolongan mucho más.
- Todos los servicios realizan internaciones tanto de trastorno mental como de abuso de sustancias.

Tabla 2. Características Generales de los Servicios

	Buenos Aires (Tandil)	Córdoba (Córdoba)	Mendoza (Tupungato)	Santa Fe (Rosario)
# Camas Hospital General	128	26	25	169
# Camas Salud Mental en el Hospital General	14 (11% de las camas)	Internación según demanda, no hay camas específicas.	4 (16%)	Guardia 2/10 camas (20%) Internación según demanda, no hay camas específicas.
# de Trabajadores del Servicio de Salud Mental	2 Médicos psiquiatras 2 Psicólogos 2 Trabajadores Sociales 1. Terapeuta Ocupacional. 1. Enfermero Jefe 2 Enfermeros por turno de 6 horas	1 Médico psiquiatra 1 psicólogo 1 Trabajadora social (no pertenece al servicio formalmente)	2 Médicos psiquiatras 3 Psicólogos 1 Trabajadora social 1 Acompañante terapéutico 1 Tallerista.	3 Médicos psiquiatras 6 Psicólogos 4 Trabajadores sociales. Enfermeros no específicos del área.
# de internaciones de salud mental en un año	180 (periodo enero-diciembre 2016)	38 (periodo enero-diciembre 2017)	105 (periodo julio 2016-junio 2017)	112 (periodo julio 2016-junio 2017)
# de reinternaciones de salud mental en un año	44 (24%)	4 (10%)	5 (5%)	4 (4%)
# de internaciones no voluntarias	No se registran.	35*	1	No se registran
% Rangos edad personas internada	91% Adultos 7% adolescentes 2% Adultos mayores	76% adultos 21% niños y adolescentes 3% sin dato	92% adultos 5% niños y adolescentes 3% adultos mayores.	80% adultos 19% adolescentes 1% adultos mayores



<b>Días promedio de internación en un año</b>	16 (periodo enero-diciembre 2016)	13 (periodo enero-diciembre 2017)	5 (periodo julio 2016-junio 2017)	8 (periodo julio 2016-junio 2017)
<b>Moda tiempo de internación en un año</b>	menos de 30 días (periodo enero-diciembre 2016)	menos de 30 días (periodo enero-diciembre 2017)	menos de 30 días (periodo julio 2016-junio 2017)	menos de 30 días (periodo julio 2016-junio 2017)
<b># de días de internación de la persona con la internación más prolongada al momento puntual del estudio</b>	133 días	60 días	3 días	42 días
<b>Diagnósticos</b>	51% Algún trastorno mental (más frecuente: trastorno de personalidad no especificado) 11% abuso de sustancias 7% discapacidad intelectual 2% algún trastorno neurodegenerativo 27% Otros	26% Abuso de Sustancias 24 % Algún trastorno mental 50% Otros	60% Algún trastorno mental (más frecuente el trastorno depresivo) 40% abuso de sustancias.	50% Algún trastorno mental 47% abuso de sustancias 3% algún trastorno neurodegenerativo.
<b>Motivo de Internación más frecuente</b>	Descompensación psicótica	Intento de Suicidio	Intento de Suicidio	**Problemas mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas

\* Se consideraron en este servicio como internaciones no voluntarias a aquellas en que las personas no otorgaron su consentimiento en el momento de la internación, así el mismo se realice posteriormente.

\*\*Es de señalar que en éste y otros casos fue difícil discriminar en los registros el diagnóstico del motivo de internación. Se agrega como dificultad el que los términos utilizados eran muy heterogéneos para, al parecer, una misma condición, lo cual complica el análisis de la información.

### 3.3 Respeto y Salvaguarda de los Derechos

En relación al eje de la calidad de la atención referido al respeto y la salvaguarda de los derechos de los usuarios, los datos obtenidos mediante las entrevistas al responsable, trabajadores y usuarios de los servicios se presentan en la Tabla 3. Como se puede observar en la misma, el derecho del cual se obtuvo mayor información fue el referido al de ser informado acerca del diagnóstico, el tratamiento y la toma de decisiones, vinculado éste a la capacidad jurídica.

Entre los resultados cabe destacar en lo concerniente a las *decisiones anticipadas*, que aunque cuatro de los 22 usuarios entrevistados (18%) manifestaron entender a qué hacía referencia el término, ninguno conocía sobre su aplicación a situaciones de tratamiento o de internación en salud mental. A su vez, más de la mitad de los trabajadores entrevistados, incluyendo los responsables de los servicios, no conocían las decisiones anticipadas, aunque al señalárseles de qué se tratan, en su mayoría consideraron que serían de utilidad, sobretodo en pacientes habituales del servicio. Algunos trabajadores plantearon como dificultad para su aplicación el estado mental del paciente, es decir, que no las consideran aplicables para todos los casos.

En lo que respecta al conocimiento sobre los derechos, ninguno de los usuarios entrevistados sabía que tenía derechos en tanto usuario de salud mental, aunque una persona señaló que suponía que eran los mismos que los de cualquier persona. Resulta ilustrativa la respuesta de un entrevistado “¿Derechos? ¿Tenemos Derechos? No, no sabía” (U 2.4) En lo que respecta al conocimiento sobre las asociaciones de usuarios, sólo uno mencionó conocer una en la ciudad de Rosario, debido a que buscó información en internet.

### 3.4 Orientación Comunitaria de la Atención

En lo referido al eje de la calidad de la atención concerniente a la orientación comunitaria, los datos se resumen en la Tabla 4. Como se puede observar en la misma, entre las estrategias mencionadas se destacan la preparación para el alta, el trabajo con redes (formales e informales) y las acciones para motivar que se mantengan los vínculos, particularmente con la familia.



Tabla 3. Respeto y Salvaguarda de Derechos

	Buenos Aires (Tandil)	Córdoba (Córdoba)	Mendoza (Tupungato)	Santa Fe (Rosario)
<p><b>Responsable del servicio</b></p> <p>(Centrados en los derechos vinculados al Proceso de atención)</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento y toma de decisiones:</b> Respetado. En todas las instancias del tratamiento se utiliza el consentimiento informado.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Respetado</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el propio diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> No se utiliza consentimiento informado escrito. Se brinda información verbal acerca del tratamiento. No hay un Consentimiento Informado específico para internaciones en salud mental, sino uno común a todas las internaciones del hospital.</p> <p><b>Derecho a no ser discriminado:</b> Se respeta. Se atiende a todas las personas.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Respetado. Se tiene en cuenta la decisión del usuario acerca de los vínculos que lo acompañen durante la internación.</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el propio diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> No se utiliza el consentimiento informado escrito. Se brinda información verbal acerca del tratamiento, incluyéndose información sobre la medicación. Las decisiones anticipadas no son utilizadas.</p> <p><b>Derecho a no ser discriminado:</b> Se respeta. Se atiende a todas las personas.</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el propio diagnóstico y tratamiento y toma de decisiones:</b> Se plantean algunas dificultades para garantizarlo, señalándose la necesidad de desarrollar e implementar la práctica rutinaria del consentimiento informado escrito.</p> <p><b>Derecho a no ser discriminado:</b> Respetado. Se atiende a todas las personas</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Respetado, aunque hay dificultades para que la internación sea lo más breve posible, atribuidas a la insuficiencia de una red de servicios comunitarios.</p>



<p><b>Trabajadores</b></p> <p>(Centrados en los derechos vinculados al proceso de atención. Se mencionan algunos aspectos de Estructura, vinculados a los recursos humanos y a la red de servicios existente)</p>	<p><b>Derecho a recibir información acerca del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> Se respeta. Si bien se brinda información a los usuarios y sus familiares, la toma de decisiones es más restringida.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Se respeta.</p>	<p><b>Derecho a recibir información acerca del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> No se utiliza por escrito, pero la información se brinda verbalmente. Los usuarios pueden tomar decisiones respecto de cuándo internarse, cuándo irse de alta y qué tratamientos hacer al momento del alta. No todos los entrevistados conocían las decisiones anticipadas. Se consideró en un caso que no se podrían utilizar por falta de infraestructura.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Se trabaja con los referentes vinculadores en todas las etapas del tratamiento. En casos en que los trabajadores consideran que los vínculos perjudicarían el tratamiento, éstos se restringen.</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el propio diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> No se utiliza el consentimiento informado escrito. Se brinda información verbal acerca del tratamiento y la medicación. Los usuarios pueden tomar decisiones relativas al tratamiento, la medicación y la rutina durante la internación. En su mayoría no conocían las decisiones anticipadas, y no hubo coincidencia respecto a su utilidad.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Se respeta. El trabajo se centra en la familia.</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento, y toma de decisiones:</b> No se utiliza el consentimiento informado escrito sistemáticamente, pero se brinda la información verbalmente.</p> <p><b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación:</b> Se respeta. Se trabaja con la familia en todas las etapas del tratamiento.</p> <p><b>Derecho a no ser discriminado:</b> Obstáculos para garantizarlo, atribuido a las resistencias de trabajadores de otros</p>
---	---	---	---	--





				servicios para recibir usuarios de salud mental.
<p><b>Usuarios</b></p> <p>(Centrados en los derechos vinculados al proceso de atención. Se mencionan algunos aspectos de Estructura)</p>	<p><b>Derecho a ser informado acerca del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> Los usuarios perciben que reciben información de manera parcial, siendo la toma de decisiones restringida.</p> <p><b>Derecho a que la privacidad sea resguardada:</b> Respetado. Consideran que se ve</p>	<p><b>Derecho a ser informado acerca del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> Señalaron recibir explicación verbal acerca de los motivos de internación, siendo el consentimiento informado escrito utilizado en algunos momentos.</p> <p>Sobre la medicación se encontraron respuestas diversas, aunque en todos los casos indicaron que si preguntaban, les aclaraban sus dudas.</p> <p>Sobre la toma de decisiones explicaron que su perspectiva fue considerada en relación a la internación, a las actividades llevadas a cabo durante la misma y en la planificación del alta.</p> <p><b>Derecho a que la privacidad sea resguardada:</b> Se señaló contar con privacidad en el baño, no así en la habitación, la cual es compartida.</p>	<p><b>Derecho a ser informado sobre el propio diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones.</b> Se respeta. Manifestaron que recibían información al momento de internarse de forma verbal, pero no de forma escrita mediante un consentimiento informado. Sobre la medicación, todos los entrevistados refirieron que les fue explicado su tratamiento farmacológico. Los usuarios entrevistados señalaron no conocer, en ningún caso, las decisiones anticipadas.</p> <p><b>Derecho a que la privacidad sea resguardada:</b> Dicho derecho no fue respetado para los usuarios, al tener que compartir habitación.</p>	<p><b>Derecho a ser informado acerca del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones:</b> Son informados verbalmente, sin utilización del consentimiento informado escrito. Pueden tomar decisiones respecto de las actividades realizadas durante la internación.</p> <p><b>Derecho a que la privacidad sea resguardada.</b> Señalaron que en ocasiones se ve vulnerado por las características edilicias de</p>



	<p>favorecido por las características edilicias.</p> <p><b>Derecho a que sus vínculos sean conservados durante toda la internación:</b> Respetado y promovido.</p>	<p><b>Derecho a que sus vínculos sean conservados durante toda la internación:</b> En su mayoría pudieron conservar los celulares, recibir visitas, e incluso permanecer con un familiar durante la internación.</p>	<p><b>Derecho a que sus vínculos sean conservados durante toda la internación.</b> Este derecho se cumple. En todos los casos, manifestaron poder utilizar un teléfono del servicio y, en algunos casos sus celulares, para poder comunicarse con sus familiares. También manifestaron recibir visitas de forma regular.</p>	<p>la guardia y el tiempo que permanecen en ella.</p> <p><b>Derecho a no ser discriminado:</b> Se valora que se garantice el derecho a no ser discriminado por su padecimiento.</p>
--	--	--	--	---

Tabla 4. Orientación Comunitaria

	Buenos Aires (Tandil)	Córdoba (Córdoba)	Mendoza (Tupungato)	Santa Fe (Rosario)
<b>Responsable del servicio</b>	<b>Estrategias:</b> Trabajo intersectorial, vinculación con otros dispositivos previo al alta, trabajo durante la internación para promover la capacidad de la persona de vivir independientemente.	<b>Estrategias:</b> Preparación del alta, trabajo con redes formales e informales, trabajo con las familias y referentes de la comunidad.	<b>Estrategias:</b> un taller, trabajo desde una modalidad interdisciplinaria, la inclusión de las redes sociales del usuario internado en las decisiones en la internación y el seguimiento de las personas dadas de alta.	<b>Estrategias:</b> Trabajo territorial y trabajo con las familias.
<b>Trabajadores</b>	<b>Estrategias:</b> - Articulación con centros de salud comunitarios, consultorios externos y hospital de día. - Se utiliza frecuentemente el acompañamiento terapéutico como recurso de apoyo y para favorecer la autonomía de los usuarios luego de la internación. - Se trabaja con la familia durante la internación: reuniones multifamiliares, entrevistas con referentes familiares y visitas.	<b>Estrategias:</b> -Trabajo con las familias y redes informales. -Trabajo con efectores de salud y dispositivos en la comunidad, aunque hay ausencia de mecanismos formales de articulación  Se señala falta de recursos para el trabajo comunitario, por lo cual el servicio continúa con la atención ambulatoria y el seguimiento de los usuarios.	<b>Estrategias:</b> -un dispositivo de intervención en crisis, un taller, permisos de salida, las visitas, entrevistas con familiares.  Existen casos donde las internaciones se prolongan en el tiempo por falta de recursos (como vivienda u otros dispositivos de apoyo) para que el alta se efectúe.	<b>Estrategias:</b> -Trabajo en red con efectores del primer nivel para orientar la atención en el medio propio de vida del usuario. - La estrategia terapéutica contempla la participación de los lazos familiares y afectivos durante la internación. - Durante la internación se favorece que el usuario pueda realizar actividades por fuera de la misma y pueda contar con el apoyo terapéutico necesario.  A veces las internaciones se prolongan por la escasa



	Existen casos donde las internaciones se prolongan en el tiempo por problemas sociales (ej. no contar con referentes familiares, o vínculo familiar seriamente obstaculizado). Otra causal señalada fue la insuficiencia de recursos comunitarios.	Frente a falta de camas para internaciones hospitalarias, se realiza trabajo con las familias y con redes informales.		<p>respuesta comunitaria asistencial.</p> <p>Se menciona el rol central del trabajador social para el desarrollo de la orientación comunitaria</p>
<b>Usuarios</b>	Desde el servicio se promueve el sostenimiento de los vínculos de los usuarios con sus referentes afectivos a través de acciones como llamadas telefónicas, visitas y permisos de salidas por horas.	<p>Desde el servicio se promueven actividades en la comunidad “no terapéuticas”: estudiar, salir con amigos, hacer gimnasia, etc.</p> <p>Se permite a los usuarios conservar sus celulares durante la internación, que permanezcan con acompañantes y reciban visitas.</p>	<p>Se expresa que desde el servicio se promueve el mantenimiento de los vínculos de los usuarios con sus familias, a través de acciones como las llamadas telefónicas, visitas y permisos de salidas.</p> <p>Se permite a los usuarios conservar el celular.</p> <p>Los usuarios expresan que fueron informados sobre las alternativas recreativas, educativas, de vivienda, laborales, subsidios o pensiones antes de ser dados de alta.</p>	<p>Se reconoce que desde el servicio se realizan acciones para motivar que se mantengan los vínculos, particularmente con la familia.</p> <p>Se permite el mantenimiento de vínculos mediante las visitas, aunque algunos las consideran cortas.</p> <p>Señalan flexibilidad por parte del servicio para mantener actividades importantes para la vida cotidiana en el afuera.</p> <p>Se trabaja en el alta y vinculación con otras instituciones, para que se continúe el tratamiento de ser necesario.</p>



### **3.5 Facilitadores y Obstaculizadores para el desarrollo de evaluaciones**

Los resultados referidos a los facilitadores y obstáculos para el desarrollo de evaluaciones se presentan en la tabla 5. Como puede observarse en la misma, un facilitador para el desarrollo de evaluaciones de servicios de salud mental lo constituye la conciencia de que contar con ciertos datos puede ser de utilidad para la toma de decisiones, mientras que un obstáculo encontrado en varios servicios es la escasez y baja calidad de los registros.

Finalmente, en lo referido a la evaluación global del servicio por parte de los distintos actores entrevistados, es de señalar que las valoraciones tendieron a ser favorables. En el caso de los usuarios, el 68% (n=15) evaluó al servicio como “muy bueno”, el 27% como “bueno” (n=6) y el usuario restante como “ni bueno ni malo”. Por su parte, entre los trabajadores, incluyendo al responsable, la evaluación fue “muy buena” para el 47% (n= 9), buena para el 42% (n=8), una persona respondió que “ni buena ni mala”, y otra no dio una respuesta concreta a la pregunta.

Tabla 5. Obstáculos y facilitadores para la evaluación

	Buenos Aires (Tandil)	Córdoba (Córdoba)	Mendoza (Tupungato)	Santa Fe (Rosario)
<b>Responsable del servicio</b>	<b>Facilitadores:</b> (1) postura de autocrítica respecto del trabajo realizado, (2) consideración de fallas y dificultades en la toma de decisiones	<b>Facilitador:</b> (1) conciencia de que contar con ciertos datos podría ser de utilidad para la toma de decisiones <b>Obstáculo:</b> (1) datos escasos y de baja calidad en los registros	<b>Facilitador:</b> (1) flexibilidad en la toma de decisiones, (2) funcionamiento horizontal y participativo en el servicio.	<b>Facilitadores:</b> (1) conciencia de que contar con ciertos datos podría ser de utilidad para la toma de decisiones, (2) espacios de reunión de equipo, (3) demanda de información por parte de usuarios <b>Obstáculo:</b> (1) datos escasos y de baja calidad en los registros
<b>Trabajadores</b>	<b>Facilitadores:</b> (1) postura de autocrítica respecto del trabajo realizado <b>Obstáculo:</b> (1) falta de planificación o definición formal de tareas.		<b>Facilitador:</b> (1) funcionamiento horizontal y participativo en el servicio.	<b>Facilitador:</b> (1) postura de autocrítica respecto del trabajo realizado.
<b>Usuarios</b>	<b>Obstáculos:</b> (1) el estado global en que se encuentra la persona al momento de la internación puede resultar un obstaculizador para la adquisición de la información respecto a los procesos y calidad de atención en el servicio de internación psiquiátrica.			





#### 4. DISCUSIÓN

En lo referido al **respeto y salvaguarda de derechos**, específicamente aquel vinculado al *acceso a información acerca del diagnóstico y tratamiento*, los resultados indican que la información suele ser verbal, y escasamente por escrito. Así, un punto necesario de trabajar por y con los servicios, es la implementación formal del consentimiento informado, de acuerdo a la normativa vigente. En relación al *derecho a tomar decisiones al acerca del diagnóstico y tratamiento*, fue un dato llamativo el que la mayoría de los trabajadores y la totalidad de los usuarios entrevistados desconocía la existencia de las directivas o decisiones anticipadas. En el caso de los trabajadores, algunos de quienes las conocían señalaron las dificultades de su implementación, y en uno de los casos se cuestionó su utilidad. Este hecho evidencia que la implementación de las directivas, aunque garantizadas por la Ley de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de Salud (27), se encuentra supeditada a las miradas y perspectivas de los trabajadores de la salud, quienes podrían promover o frenar su utilización en los servicios. Por otro lado, y a partir del desconocimiento generalizado de los usuarios acerca de las directivas anticipadas y su modo de implementarlas, sería importante que las asociaciones de usuarios trabajen en pos de fortalecer el conocimiento de sus integrantes acerca de este tipo de instrumentos. El conocimiento y conciencia del derecho a tener directivas anticipadas por parte de los usuarios podría potenciar su uso.

Otro de los puntos a destacar es el gran desconocimiento que los usuarios entrevistados manifestaron tener acerca de sus derechos. Debe marcarse la importancia de que los usuarios conozcan sus derechos, en vista de que históricamente los mismos han sido objeto de prácticas violatorias de derechos -tanto en lo que hace a los derechos civiles, sociales- y estas han acontecido, entre otros ámbitos, en el marco de internaciones psiquiátricas. En este sentido, quizás un trabajo posible para las asociaciones de usuarios existentes sea el de fomentar entre sus integrantes un mayor conocimiento sobre sus derechos.

Esta falta de conciencia de derechos se vincula al desconocimiento existente entre los entrevistados sobre las asociaciones de usuarios y familiares que existen y su funcionamiento. Dicho desconocimiento podría deberse, en parte, a que dichas asociaciones no son numerosas en nuestro país y se encuentran, aún, en un grado incipiente en su conformación y desarrollo. Es probable que una mayor visibilidad de las mismas y un mayor grado de participación de los usuarios en ellas podrían contribuir a una mayor conciencia de derechos por parte de los usuarios.

Sobre el *derecho a la privacidad*, es de destacar que, si bien en algunos de los servicios analizados los usuarios entrevistados dijeron que éste se había visto vulnerado durante la internación debido a las características edilicias, los reclamos encontrados están vinculados a la atención general recibida en cualquier servicio en un hospital general. Más aún, entre los resultados se destaca que las habitaciones de los servicios en estudio distan mucho de las de los hospitales psiquiátricos monovalentes en cuanto a capacidad y comodidades. Por ejemplo, los usuarios señalaron que las habitaciones no eran de más de cuatro camas en su mayoría, y en un sólo caso de seis, y que contaban con baño privado, siendo este un lugar en el que podían estar solos. También, en el caso del servicio en donde algunas internaciones se llevan a cabo en la guardia, los usuarios dijeron que sintieron que el derecho a la privacidad se vulneraba por las características de la misma; lo cual coincide con estudios anteriores (28).

Lo desarrollado en los párrafos anteriores en relación al respeto y salvaguarda de derechos en los servicios analizados permite señalar que, si bien las internaciones psiquiátricas en hospitales generales transcurren en condiciones materiales más dignas que en los hospitales psiquiátricos monovalentes, aún es necesario continuar trabajando respecto de la capacidad jurídica de los usuarios de servicios de salud mental. Aun cuando éstos reciben información verbal respecto del diagnóstico y tratamiento, y en muchos casos pueden tomar decisiones sobre el momento de internarse o retirarse de la internación, falta mucho por hacer en relación al consentimiento informado escrito, conocimiento de derechos y utilización de herramientas tales como las decisiones anticipadas.

Por otro lado, en lo concerniente a la **orientación comunitaria** de la atención, en todos los servicios estudiados se señaló la importancia de la misma, describiéndose diversas estrategias que ejemplificaban su aplicación. Dentro de dichas estrategias cabe destacar dos: por un lado, el trabajo en red con otras instituciones de salud así como con otros sectores; y por el otro, la inclusión de los vínculos afectivos de los usuarios en el tratamiento, particularmente de la familia.

En relación al trabajo en red, desde los responsables de servicios y trabajadores se planteó que, aunque se trabaja desde dicha perspectiva, muchas veces la ausencia o insuficiencia de dispositivos comunitarios llevan a que las internaciones se prolonguen más de lo necesario. Este suele ser un problema descrito por diversos servicios de internación en Argentina, y aunque no es un problema específico de salud mental, si lo afecta particularmente. Lo anterior evidencia que, aunque los

servicios de internación en hospitales generales son un componente de la transformación de la atención, sin una red de servicios adecuada resultan insuficientes.

En lo que respecta al trabajo con las familias, el mismo puede ser visto como una ampliación de una perspectiva exclusivamente individual del manejo de las problemáticas de salud mental, y en ese sentido sería un aspecto a destacar de este tipo de servicios. Sin embargo, podría sugerirse que el ampliar la perspectiva de la familia a la perspectiva de red social -es decir, incluyendo a otros vínculos significativos además de los familiares-, podría ser más acorde a los cambios acaecidos en las últimas décadas, en donde los vínculos de las personas pueden no centrarse exclusivamente en la familia, y en donde la familia misma ha sufrido grandes transformaciones (29). Unido a ello, y aunque fue posible observar en las entrevistas que la orientación comunitaria hacía parte de los discursos de los trabajadores, pareciera que la misma, además de vincularse a la familia, sigue siendo responsabilidad principal del trabajador social, lo cual, sin desconocer las especificidades e incumbencias profesionales, podría resultar una perspectiva acotada de lo que es o implica el trabajo desde una perspectiva comunitaria.

Es de destacar además, en relación a la orientación comunitaria, la voz de los usuarios. Los mismos, de acuerdo a sus relatos, no vivencian la internación como una experiencia de aislamiento de sus redes sociales, y algunos incluso la asemejan -con sus pros y sus contras- a una internación por cualquier otra especialidad. Los usuarios valoran que los servicios sean flexibles y les ofrezcan la posibilidad de seguir realizando actividades “afuera” o que puedan mantener una comunicación constante con el mundo de “afuera”. Esto sin duda es un indicador favorable de calidad de este tipo de servicios, en contraste con el aislamiento y la pérdida de relaciones que se ha descrito en instituciones psiquiátricas tradicionales.

Ahora bien, en lo referido a los **facilitadores para el desarrollo de evaluaciones de calidad en los servicios**, podría afirmarse que fue común en los cuatro servicios el tener una postura favorable frente a la evaluación, observándose cierta reflexión sobre las dificultades que acarrea la ausencia de la misma o las ventajas que podría significar para el servicio el poder contar con información y datos acerca del trabajo que se realiza. La postura favorable que se mencionó en algunos servicios podría estar vinculada a un hecho mencionado por los mismos entrevistados, referido al funcionamiento participativo del servicio. Posiblemente, ello permitiría el desarrollo de evaluaciones, reduciendo niveles de desconfianza que a veces se producen en los procesos evaluativos cuando las mismas se producen sólo desde arriba hacia abajo (30).

Respecto a los **obstáculos**, se señalaron en algunos servicios la escasez y baja calidad de los registros existentes y la falta de planificación o definición formal de tareas. Tales obstáculos posiblemente den cuenta de vacíos en la formación y capacitación del personal, en el sentido de que son tareas ligadas a la gestión y planificación de servicios, más que a la tarea asistencial concreta. Por lo anterior, una recomendación tanto para los servicios en sus procesos de capacitación permanente, como para otros niveles de formación de trabajadores de la salud mental (residencias, cursos de grado y posgrado), es el fortalecimiento de estos componentes de gestión, planificación y evaluación de servicios.

Cabe señalar que la cuestión de la evaluación fue posible de abordarse con el responsable y con los trabajadores del servicio, más no tanto con los usuarios. Por lo anterior, una recomendación para el trabajo de las asociaciones de usuarios y familiares sería la de promover entre sus integrantes la cuestión de la evaluación de los servicios, en el sentido de que se pueda generar demanda frente a la misma tanto del lado de los servicios, como del de los usuarios.

Finalmente, cabe mencionar algunas **limitaciones del estudio**. En lo que respecta a los datos estadísticos, es de señalar la baja calidad de los mismos, siendo esto una limitante muy importante para su análisis. Es de señalar, por ejemplo, que en uno de los servicios no fue posible acceder a estos datos desde el área de estadística del hospital, debido a que los mismos se encuentran en proceso de digitalización, por lo cual la información estadística fue obtenida a partir de los registros personales de una de las trabajadoras del servicio. Otra posible limitación fue el modo en el cual se accedió a los usuarios a entrevistar, que fue a través del equipo tratante en la institución, lo cual pudo conducir a un sesgo de selección e incidir en contar con respuestas más favorables sobre la calidad del servicio. A su vez, una limitación en las entrevistas fue que, frente a algunas preguntas en donde se requería de respuestas categorizadas de modo cuantitativo a fin de poder realizar análisis estadísticos descriptivos sobre las mismas, fue muy difícil en algunos casos lograr obtener dichas respuestas, dificultándose el poder sintetizar y concretar algunos de los resultados.

## 5. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Los resultados del presente estudio resultan relevantes para la Salud Pública en varios aspectos. En primer lugar, se evidencia la necesidad de trabajar en diversos niveles (gestión central, servicios, asociaciones de usuarios y familiares) en lo referido a la divulgación e implementación de la capacidad jurídica de los usuarios de servicios de salud mental (consentimiento informado escrito,

decisiones anticipadas). Es un aspecto a favor de lo anterior, el que desde el personal de los servicios se reconozca su importancia.

A su vez, los resultados de este estudio indican que, pese a requerirse aún de mejoras en los servicios de internación en hospitales generales, las internaciones que allí ocurren propenden a la dignidad de la atención de los usuarios. En este sentido, desde las autoridades de gestión, los resultados de este estudio podrían ser un componente para su toma de decisiones respecto a la priorización de la asignación de recursos hacia este tipo de servicios, al pensar en la planificación sobre las internaciones breves.

Por otro lado, una recomendación es la de la importancia y necesidad de capacitación de los trabajadores de los servicios en elementos básicos de registro de datos, pues la calidad de los mismos hace que sea muy difícil el poder contar con estadísticas confiables y de utilidad respecto al desempeño de los servicios.

## **6. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Los resultados de este estudio serán presentados a los servicios que participaron del mismo (Junio 2018). También, se remitirán al Observatorio Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental, a fin de que la información sea considerada para el trabajo que viene adelantando dicho organismo (Julio 2018) y al Órgano de Revisión Nacional y a los Órganos de Revisión Locales de las Provincias en los cuáles se realizó el estudio (Julio 2018). A su vez, la información será remitida a las Asociaciones de Usuarios del país, porque un dato que se desprende del estudio es el escaso conocimiento de los usuarios en relación a sus derechos (Junio 2018). La última acción para la divulgación con actores claves de la gestión y los servicios, será la presentación de un trabajo en la Jornada “Saberes Colectivos”, organizada por el Observatorio Nacional de Salud Mental y Adicciones (Junio 2018).

En cuanto a la divulgación científica y académica, se estima realizar tres publicaciones: en una revista de salud pública nacional (Diciembre 2018); en una especializada en salud mental nacional o regional (marzo 2019); y en una de salud mental internacional (Julio 2019). El trabajo se presentará en formato de Póster en dos congresos: el 5th Global Symposium on Health Systems Research (2018) y el Congreso Argentino de Psiquiatría (2019).

Dado que para la conformación del equipo de investigación se contó con la colaboración de diversas unidades académicas del país, el informe final y resumen ejecutivo serán remitidos a las mismas (Julio 2018).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
2. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS.
3. Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: OPS.
4. Larrobla, C (2007). *Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años*. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 71 (2): 125-134.
5. González de Chávez, M. (1993) *Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas*. En Aparicio, V. (coord.) (1993) *Evaluación de servicios de salud mental*. (pp. 53-94). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
6. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2005) *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud (ESM-OMS) Versión 2.1*. Ginebra: Autor.
7. República Argentina (2010) Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26\\_ley-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf)
8. Di Nella et al (2011) *Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma*, Mayo 2010- Mayo 2011. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2 (8), 43-46.
9. Ceriani, L. (2014) *La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la Provincia de Buenos Aires. Informe Final Beca Iniciación, Comisión Nacional Salud Investiga*.
10. Caminada Rossetti, MP., del Carpio, SV., Heredia, A. (2015) *Atención en salud mental en hospitales generales*. En *Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (2015) El Derecho a la Salud Mental en Córdoba 2015: Consolidando los procesos de acción colectiva*. Córdoba: Autor.
11. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014) *Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Autor.

12. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. (2008) Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.
13. Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (eds.). (2002). Metodología de la investigación (pp. 3-32). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
14. De Souza Minayo, M.C. (2005) Introducción: Concepto de Evaluación por Triangulación de Métodos (pp. 17-50) En De Souza Minayo, M.C, Gonçalves de Assis, S. y Ramos de Souza, E (Org.) Evaluación por Triangulación de Métodos: Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial.
15. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (1994). Calidad de la Atención en Salud Mental. Volumen 1. Ginebra: Autor.
16. Sartorius, N., Thornicroft, G. (2012) IDEA Project Protocol V2.0: Inpatient Discharge: Experiences and Analysis. An International Collaborative Study. London: King's College.
17. Organización Mundial de la Salud (2012). Instrumento de Calidad y Derechos Humanos. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social. Santiago de Chile: Autor.
18. Patton, M.Q. (2002) Qualitative Evaluation and Research Methods. (3 ed) Newbury Park: Sage.
19. Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. En La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana.
20. Nirenberg, O. Brawerman, J. Ruiz, V. (2000) Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Ed. Paidós.
21. Vieira da Silva, L.M (2009). Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud. En De Araújo Hartz, Z.M. y Vieira da Silva, L.M. (Ed.) Evaluación en Salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
22. Organización Mundial de la Salud (2003) Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra: Autor.
23. Organización de Naciones Unidas. (1991) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.
24. Organización de Naciones Unidas (2006) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Autor.
25. Ministerio de Salud de la Nación (2011) Guía para Investigaciones en Salud Humana. Buenos Aires: Autor.

26. Instituto Nacional de Censos y Estadísticas, INDEC (2010) Censo 2010. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135)
27. República Argentina (2009) Ley 26.529. (B.O: 21/10/2009). Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
28. Fernández, M. (2017) La evaluación de servicios de salud mental desde la perspectiva de todos los actores involucrados. Estudio en una sala de internación psiquiátrica de un hospital general de agudos de la Provincia de Buenos Aires, durante el 2014. Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
29. Sluzki, C. (1996) La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Ed. Gedisa.
30. Guba, E y Lincoln, Y (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications.