



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Título

Factores que facilitan y dificultan la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia, durante el año 2019.

Maestranda: Miriam Calderón

Directora del Trabajo: Magister María Natalia Echevoyemberry

2 de junio de 2022



Agradecimientos y dedicatoria

Gracias a Pablo Shendera, mi esposo, quien siempre acompaña mis locuras.

Gracias a Iván Shendera y Nicolás Shendera, nuestros hijos, porque aceptan y se acomodan todo el tiempo permitiendo que sus padres puedan estudiar.

Gracias a mis compañeros del Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Ushuaia, con quienes tengo el gusto de laborar y disfrutar del trabajo y tiempo que compartimos juntos.

Gracias a Natalia Echevoyemberry, mi directora de tesis, quien pudo transmitir con absoluta entrega, generosidad y entusiasmo su conocimiento permitiendo que aquello que se presentaba como una tarea tan difícil fuera algo posible.

Siglas

TDFAEIAS	Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur
TDF	Tierra del Fuego
HRU	Hospital Regional Ushuaia
SSM	Servicio de Salud Mental
SM	Salud Mental
LNSM	Ley Nacional de Salud Mental
COFESA	Consejo Federal de Salud
CAPS	Centros de Atención Primaria de la Salud
DDHH	Derechos Humanos
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MSA	Ministerio de Salud de Argentina
RISAM	Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
CELS	Centro de Estudios Legales y Sociales

ÍNDICE

RESUMEN	5
1 - Introducción	7
2 – Descripción del contexto, formulación y construcción del problema	10
2.1 Descripción del sistema y servicio de salud	10
2.2 Descripción de la organización	13
2.3. Formulación y construcción del problema de gestión	28
2.4. Documentación del problema	32
2.5. Antecedentes relevantes de la problemática	35
2.6. Análisis de los determinantes sociales del problema	40
2.7. Marco normativo	42
3 - Marco Conceptual	47
3.1 - De la salud mental	47
3.2 - De la perspectiva de los derechos humanos: el nuevo paradigma en salud mental	52
3.3 - Del paradigma de segregación	55
4 - Objetivos del trabajo	57
4.1. Objetivo general	57
4.2. Objetivos específicos	57
5 - Construcción de evidencias e información para la gestión en salud	58
5.1 Metodología	58
5.2 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
6.- Resultados y Análisis	72
6.1. Análisis y descripción del perfil del personal de salud	72
6.2. Acciones que se implementaron en el SSM para garantizar derechos	75
6.3. Acciones desarrolladas para fortalecer la implementación de la LNSM. Perspectiva de gestores	81
6.4. Acciones que se implementaron para fortalecer la LNSM. Perspectiva de actores clave	84
6.5. Verificación del cumplimiento normativo	88
6.6. Factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657	97
7.- Consideraciones éticas y conflictos de intereses	102

8.- Discusión y conclusiones.	104
9.- Aportes para la gestión de sistemas y servicios de salud	107
10.- Referencias Bibliográficas	111
11.- Anexos	116
ANEXO 1: Organigrama del HRU	116
ANEXO 2: Proyecto del SSM y evaluación año 2010	117
ANEXO 3: Formulario de primera consulta de SSM	120
ANEXO 4: Protocolo de asistencia en la guardia general del HRU de usuarios de SM	121
ANEXO 5 Recortes periodísticos de la inauguración de la internación de SM en el HRU	122
ANEXO 6 Protocolo de contención mecánica, material de ateneo y hoja de control de variables	124
ANEXO 7: Poster que se armó para un congreso que nunca se presentó	126
ANEXO 8: Grilla de caracterización para analizar el perfil del personal de salud	127
ANEXO 9: Guía de entrevista para la Secretaría de SM	129
ANEXO 10: Guía de grupos focales	131
ANEXO 11: Grilla de verificación normativa	133
ANEXO 12 Registro de observación participante	136
ANEXO 13: Matriz FODA	137
ANEXO 14: Protocolo de internación del SSM en vigencia de la ley 22914	138
ANEXO 15: Ateneos realizados durante el año 2009 para consensuar la modalidad operativa de la internación	143
ANEXO 16: Capacitación en SM destinado al personal de enfermería y equipos de salud	144
ANEXO 17: Curso de actualización en Salud Mental en el marco de la Ley 26657 bajo modalidad virtual en el Campus de Salud Pública de la OPS/OMS	146
ANEXO 18 Formularios de internación de acuerdo a lo estipulado en el capítulo 7 de la LNSM	149
ANEXO 19 Flujograma en concordancia con las áreas administrativas intervinientes	159
ANEXO 20: Incorporación de los formularios de las internaciones involuntarias a la historia clínica digital	160
ANEXO 21: Capacitación de la LNSM para los acompañantes terapéuticos con modalidad taller organizada por la Asociación Acompañantes Terapéuticos Fuegoños Unidos	161
ANEXO 22: Consentimiento Informado	162

RESUMEN

A pesar de haber transcurrido diez años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM), aún existen brechas que dificultan la implementación y la efectividad de los derechos de las personas con padecimientos mentales cuando requieren internación, sea voluntaria o involuntaria.

Por ello, este trabajo tiene por objetivo analizar y describir los factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones realizadas durante el año 2019, en el Servicio de Salud Mental (SSM) del Hospital Regional Ushuaia (HRU).

Como metodología se utilizó una descripción evaluativa, de tipo normativa para analizar la implementación de la ley desde la perspectiva de actores claves. Se triangularon fuentes de información (primaria y secundaria). Se elaboraron diferentes instrumentos para el relevamiento de la información: Grilla de Caracterización para analizar el perfil del personal de salud, Guía de entrevista para las personas gestoras, Guía de entrevista de Grupos focales. Además, se llevó un Registro de Observación participante y se elaboró una Grilla de Verificación normativa para ver el ajuste o desajuste de las acciones y estrategias implementadas con lo establecido en la ley. La información se analizó utilizando el método de análisis temático.

Se encontraron los siguientes factores que facilitan la implementación de la ley: el abordaje integral del padecimiento mental que permite la inclusión de la dimensión subjetiva; el trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial desde una perspectiva de derecho que se contrapone a lo lógico del modelo médico hegemónico; la realización de internaciones breves de salud mental en un hospital general respetando los criterios normativos establecidos en la LNSM.

Entre los principales factores que obstaculizan la implementación de la ley se encontraron: la estigmatización, los prejuicios, el segregacionismo, las barreras simbólicas que fomentan la exclusión y el encierro del padecimiento mental; el desconocimiento social de los derechos de los usuarios de salud mental; la

inexistencia de dispositivos alternativos a la internación que faciliten las altas; la utilización de las internaciones para resolver problemáticas sociales; el paradigma de la locura y la peligrosidad junto a una mirada criminalizante de la persona con padecimientos mentales; la existencia de dictámenes judiciales que desconocen la LNSM y ordenan internaciones compulsivas; la inexistencia de políticas específicas para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud integral de los equipos asistenciales y el desconocimiento de la LNSM de todos los integrantes de los equipos de salud.

Se formulan recomendaciones para la mejora de la gestión a partir de la información relevada.

Palabras claves: Salud Mental, perspectiva de derechos humanos, paradigma de segregación

1 - Introducción

El presente trabajo se enmarca en el programa de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud perteneciente al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. Constituye el requisito final para la obtención del título de magister. En la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (TDFAEIAS) la maestría fue declarada de interés ministerial en el año 2015 por Resolución del Ministerio de Salud Provincial.

La maestranda es licenciada en psicología y se desempeña laboralmente en el ámbito público como profesional de planta del SSM del HRU desde hace dieciséis años bajo el régimen de dedicación exclusiva. Las funciones y tareas que desarrolla la conectan desde la cotidianeidad laboral con las internaciones. Diversas intenciones fundamentan los objetivos de este trabajo: el particular interés de la maestranda en laborar por la aplicabilidad de la LNSM en las internaciones de salud mental en un hospital general y la posibilidad de realizar por primera vez una metodología de investigación que permita generar nuevos conocimientos para la gestión de los servicios de salud.

A pesar de la existencia de una ley nacional promulgada hace diez años, existen brechas que dificultan su implementación, en consecuencia, la efectividad de los derechos de las personas con padecimientos mentales, se encuentra vulnerada. En cuanto a las internaciones en salud mental siguen existiendo barreras simbólicas que estigmatizan y discriminan a los usuarios. El paradigma de la locura y la peligrosidad siguen presentes y se encuentran vinculados a la segregación de la locura y a una mirada criminalizante de la persona con padecimientos mentales.

Resulta relevante tener una perspectiva de derechos humanos en salud mental, no siempre es una tarea fácil trabajar desde una perspectiva de derecho en un sistema hospitalario. La LNSM establece que las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales. A lo largo de estos años el desconocimiento de la ley ha permitido saber qué es lo que piensan algunos gestores vinculados a la gestión. Se trata de saber qué es lo que se piensa para poder pensar en lo que se hace. El desconocimiento de la ley se ha vislumbrado como una barrera en el acceso a la salud.

Resulta pertinente conocer cómo se ha implementado la LNSM en el hospital regional de la ciudad de Ushuaia. Continuando con esta línea de pensamiento, este trabajo tiene por objetivo analizar y describir los factores que, durante el año 2019, facilitaron y/o dificultaron la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del HRU.

Se generan preguntas que guían este trabajo de investigación, ellas son:

- ¿Cuáles son los factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la LNSM en las internaciones que el SSM realizó en el HRU durante el año 2019?
- ¿Cuál es el perfil de los profesionales que trabajan en las internaciones en términos de edad, género, profesión, nivel educativo, capacitaciones en materia de SM, capacitaciones en materia de DDHH, años en el sistema de salud pública de TDF, modalidad de contratación, conocimiento de la LNSM, régimen de dedicación exclusiva, trabajo combinado entre el sistema público y el privado?
- ¿Qué acciones ha implementado el SSM para garantizar derechos de la LNSM?
- ¿Cuáles son las acciones que desde la perspectiva de las personas gestoras se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM?
- ¿Cuáles son las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de los actores claves?
- ¿Se cumple normativamente la ley en lo concerniente a los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario y las internaciones?
- ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que caracterizan los actores involucrados en la implementación de la ley?

Con este estudio se pretende elaborar herramientas que faciliten futuras investigaciones y brinden aportes para la gestión y para el desarrollo genuino de las capacidades técnicas y políticas de todos los actores involucrados en fortalecer



sistemas y servicios de salud desde una perspectiva de defensa de los derechos de los usuarios con padecimientos mentales. Asimismo, se busca generar recomendaciones que sirvan para la mejora concreta de la gestión.

2 – Descripción del contexto, formulación y construcción del problema

2.1 Descripción del sistema y servicio de salud

El sistema de salud en Argentina se encuentra compuesto por tres sistemas: el público integrado por los ministerios nacionales y provinciales, hospitales y centros de salud públicos; el privado conformado por prestadores privados y entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga; el de seguridad social organizado en torno a las obras sociales que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y a su grupo familiar.

El Ministerio de Salud es la máxima autoridad en materia de salud, tiene funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. El Ministerio de Salud de la Nación establece el diseño de las políticas de salud, el dictado de normas y la ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos subsectores. Todas esas decisiones son compartidas en el Consejo Federal de Salud (COFESA) para luego ser llevadas a cabo en las provincias y municipios. El COFESA facilita la coordinación entre nación y las provincias, está integrado por los ministerios de salud de las provincias y el ministerio de nación. Es un espacio de construcción de consensos, de establecimiento de políticas y decisiones compartidas entre todos los sectores y jurisdicciones.

Cada provincia tiene un Ministerio de Salud y los municipios sus respectivas Secretarías de Salud. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población.

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus ministerios de salud con lo cual cada provincia regula la forma de la atención y la manera de brindar salud.

La Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (tal como figura este nombre en la Constitución Provincial) se encuentra situada en el extremo sur de Argentina. Es la provincia argentina de mayor extensión geográfica y la más meridional de la República Argentina. Está compuesta por la parte oriental de la Isla Grande de Tierra del Fuego, la Isla de los Estados e islotes adyacentes, la Antártida Argentina y

las Islas del Atlántico Sur: las Islas Malvinas, Sandwich del Sur, Orcadas del Sur y Georgias del Sur. Su ciudad capital es Ushuaia.

Las Islas Malvinas, Georgias del Sur, Sándwich del Sur y los espacios marítimos circundantes forman parte del territorio nacional argentino. Actualmente al estar sometidos a la ocupación ilegal del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la provincia no puede ejercer su plena soberanía en esos territorios (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 2022).

Posee tres localidades de importancia: Río Grande, Tolhuin y Ushuaia, siendo esta última su capital.

La provincia presenta un alto porcentaje de migración, una pirámide poblacional de base ancha y tan solo un 4% de adultos mayores de 65 años.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 la población de la provincia es de 127.205 habitantes de los cuales 56.956 viven en Ushuaia. Casi toda su población se concentra en la capital, la ciudad de Río Grande y la ciudad de Tolhuin.

El máximo crecimiento de la población llegó de la mano del acelerado crecimiento demográfico que siguió a la política de promoción económica establecida por la Ley 19640 a principios de la década del setenta y hasta 1991. En solo veinte años la población, del entonces Territorio Nacional, se cuadruplicó, demandando una expansión paralela de los servicios públicos.

Durante esas épocas hubo una fuerte inversión en salud pública. Concomitante al desarrollo edilicio hospitalario se radicó un régimen de trabajo profesional basado en la dedicación exclusiva.

En la II Reunión del COFESA del año 2010 (Ministerio de Salud, 2010) se detallaron las siguientes particularidades del sistema de salud fueguino:

- “Rol fundamental del sector público
- Red pública que comprende dos hospitales y trece Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)
- Régimen de dedicación exclusiva para profesionales

- Buen registro y notificación epidemiológica provincial
- Buenos indicadores de salud de la población
- Cerca del 70% de la población tiene alguna cobertura social” (p.22), o sea el 45% corresponden a la obra social de los empleados fueguinos.

Respecto de las organizaciones de salud en la provincia se encuentran los siguientes subsistemas:

- **Ámbito público:** dependiente del Ministerio de Salud Provincial. Todos los efectores dependen del gobierno provincial y se distribuyen de la siguiente manera:
Río Grande: Hospital Regional Río Grande efector de segundo nivel y seis CAPS
Tolhuin: Centro Asistencial de Tolhuin (no cuenta con internación)
Ushuaia: Hospital Regional Ushuaia efector de segundo nivel, Centro de Atención de Problemáticas del Consumo, nueve CAPS y una Posta Sanitaria en Andorra
- **Seguridad Social:** incluyen las obras sociales nacionales y la Obra Social del Estado Fueguino (OSEF). La población sin cobertura social representa el 30.1 % del total y el otro 69,9% posee obra social, siendo la OSEF la que capitaliza el 49% del total de afiliados.
- **Ámbito privado:** algunas clínicas privadas, consultorios profesionales y afiliación privada a seguros.

El plan Sumar garantiza la cobertura de salud de las personas que no tienen cobertura social.

Cuando son necesarias intervenciones de mayor complejidad se realizan derivaciones a centros especializados, el estado asume los costos de traslado, alojamiento y del acompañante si fuera necesario. También se realizan derivaciones sanitarias cuando los casos lo ameritan.

2.2 Descripción de la organización

La administración de los servicios del ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de TDF está, sin duda, impregnada de concepciones tayloristas y fayolistas, pues conserva una matriz de raigambre autoritaria y burocrática.

Desde el campo de la antropología médica Eduardo Menéndez (1988) caracteriza el modelo médico hegemónico como el conjunto de prácticas, cuerpos teóricos y saberes originados por la medicina científica que legitima una manera de atender la enfermedad, esa legitimación se da tanto desde criterios científicos como desde acciones del Estado. Según este autor algunos de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico son: biologismo, individualismo, mercantilismo, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

El Hospital Regional Gobernador Ernesto Campos es más usualmente conocido como HRU. Rovere (2004) considera el sistema de salud como una construcción humana que expresa encuentros y desencuentros de distintos factores: de poder, de expectativas, de valores, de causas sociales. Entonces, para definir el contexto histórico en el que se crea el hospital es necesario pensar la historia del sistema de salud en TDF en tres dimensiones: sus orígenes, los cambios en las políticas nacionales de la década del noventa y los acontecimientos más recientes. (Plan de Salud de la Provincia de TDFAEIAS, 2008).

- Respecto de sus orígenes: El Gobernador Ernesto Manuel Campos gobernó durante tres períodos consecutivos en Tierra del Fuego desde 1958 a 1963. La gestión de recursos nacionales y locales permitió la realización de varias obras: provisión de gas envasado para Ushuaia y gas natural para Río Grande, promoción del turismo, pavimentación de principales arterias, adquisición de automóviles a partir de la liberación impositiva, percepción de regalías por la explotación de hidrocarburos, extensión de la red de alumbrado público, construcción de viviendas a través del Banco Hipotecario Nacional, creación del Parque Nacional Tierra del Fuego, promoción del turismo, mejoramiento de las

comunicaciones telefónicas, construcción del HRU y ampliación del Hospital Regional de Río Grande. El 20 de enero de 1987 se designó con su nombre al hospital en Ushuaia en reconocimiento a los méritos de su gestión. Concomitantemente al desarrollo edilicio hospitalario y a la fuerte inversión en el sector público de la salud, el régimen de trabajo profesional fue creado basándose en la dedicación exclusiva sanitaria y una ley aprobada de Carrera Sanitaria, constituyéndose así, los hospitales, en la principal referencia para la población. El sector de prestadores privados y el de la seguridad social tuvieron un desarrollo más lento pero progresivo con una clínica con internación en cada ciudad, algunos policonsultorios y las instalaciones del Hospital Naval dedicadas a la atención del personal de la fuerza.

- Respecto de la década del noventa: se aplicó el modelo de descentralización propuesto a nivel nacional como “hospital de autogestión” que permitió cobrar en forma directa al usuario por la atención profesional recibida, salvo que tuviera cobertura social o demostrara ser pobre. Fue derogada en 1999 la Ley de Carrera Sanitaria, se redujo en un tercio el sueldo de los empleados públicos y la jornada laboral con la consecuente reducción de oferta de servicios de salud. Hubo un crecimiento importante del campo de la salud privada.
- Respecto de los acontecimientos más recientes: se incrementaron los reclamos gremiales para recomponer el salario, se negociaron por separado los reclamos y condiciones laborales de cada sector en ausencia del marco legal para la carrera sanitaria, se incorporaron agentes sin calificación específica a través del ingreso a planta de agentes que trabajaban en planes sociales, se incorporaron nuevas especialidades, la infraestructura hospitalaria no creció en relación al aumento poblacional, se tercerizó la administración de fondos para la atención de la salud en manos de empresas (que son a la vez propietarias de los efectores de salud privados de la provincia), se prometió la construcción del nuevo hospital durante la gestión de la Gobernadora Rosana Bertone (se inició la obra pero al día siguiente de las elecciones - en las que no fue reelecta- se suspendió. Posteriormente hubo observaciones del Tribunal de Cuentas por las que debieron suspenderse los trabajos de construcción).

En el Hospital Regional Ushuaia no existe la definición de la misión, la visión y los valores hospitalarios. Federico Tobar (2002) al respecto señala: “los hospitales tienden a descuidar la reflexión sobre su deber ser. Por su característica de brindar servicios para resolver necesidades que la mayoría de las veces son vitales o urgentes, en los hospitales el impulso por hacer deja poco espacio para la reflexión sobre qué se debe hacer. El hospital con frecuencia se parece a un agregado de servicios y recursos que, por razones legítimas, se fueron sumando a lo largo de la historia pero sin basarse en una verdadera reflexión o cuestionamientos sobre si los mismos son o no adecuados u oportunos.” Con cada nueva gestión política el organigrama hospitalario sufre modificaciones. Actualmente se encuentra dividido en cuatro departamentos (materno infantil, medicina, cirugía y diagnóstico), de los que dependen diferentes servicios. (ANEXO 1)

La lógica imperante es la división según profesiones, según disciplinas. El trabajo interdisciplinario no está contemplado desde lo orgánico. El organigrama puede mostrar gráficamente la división del trabajo, el agrupamiento de unidades y el sistema de autoridad formal (Mintzberg, 2001).

Existen unidades y equipos con una modalidad diferente de abordaje: unidad de paliativos, equipo de interrupción legal del embarazo, equipo de diabetes que imprimen una modalidad diferente de abordaje. Son áreas en las que participan profesionales de diferentes disciplinas, sostienen espacios grupales de intercambio y se socializan las intervenciones. Estos grupos interdisciplinarios trabajan conforme a los procesos de trabajo. Llamativamente no cuentan con espacios físicos definidos, generalmente el lugar de reunión es la biblioteca. La biblioteca es el único lugar que por sus dimensiones habilita encuentros de varias personas, por ello es muy demandada (capacitaciones, asambleas gremiales, reuniones de trabajo).

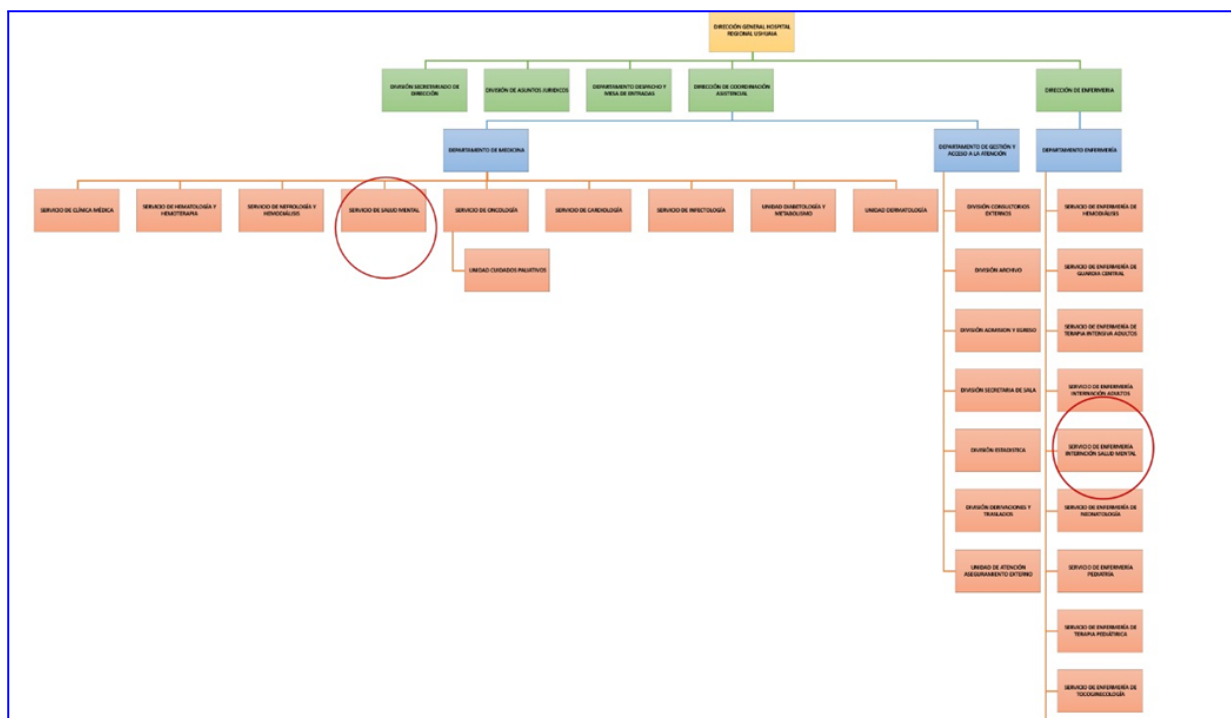
No existe, por el momento, una política que apoye y guíe la garantía de calidad. Durante el inicio de la gestión anterior, hubo un intento de hacerlo: las autoridades del Ministerio de Salud de TDF tomaron contacto con la Universidad de Lanús y ofrecieron capacitación continua para el personal del ministerio para permitir fortalecer equipos de trabajo que desarrollaran sus propios proyectos de trabajo. Hubo acciones y un plan del

ministerio que fortalecía esta línea política de acción. En el SSM se elaboró un proyecto de trabajo, fue uno de los pocos servicios en donde el trabajo se consensó en reuniones de equipo. (ANEXO 2)

El modelo de atención según Federico Tobar (2002) refiere específicamente a la dimensión técnica del sector sanitario. Involucra criterios que dan cuenta cómo se organiza y divide el trabajo profesional. A continuación se describe el SSM.

El SSM depende orgánicamente del Departamento de Medicina y éste de la Dirección Médica que depende de la Dirección General del HRU. El SSM está integrado por siete psicólogos, cinco psiquiatras, una trabajadora social, dos enfermeras (orgánicamente dependen del Departamento de Enfermería), tres administrativos (orgánicamente dependen de la Dirección Administrativa). La jornada laboral de los psicólogos, los psiquiatras y la trabajadora social es de ocho horas diarias, la de los administrativos y enfermeros de 6 horas diarias. Todos los días hay una pareja (psicólogo y psiquiatra) cubriendo la guardia pasiva de veinticuatro horas. El servicio se encuentra abierto para la atención programada en los consultorios externos de 8:00 a 20:00 horas.

Título: Ubicación orgánica del SSM



Fuente: elaboración propia

El SSM brinda asistencia y atención desde diferentes dispositivos:

1. asistencia ambulatoria
2. asistencia desde la guardia general
3. interconsultas
4. internaciones

1. Asistencia ambulatoria: (Primer Nivel: acciones primarias ambulatorias y de baja complejidad) Admisiones diferenciadas de niños, adolescentes y adultos (realizadas de manera conjunta por un psicólogo y un psiquiatra); consultorios externos con turnos programados de psicología, psiquiatría y servicio social; asistencia de enfermería (medicación asistida, seguimiento telefónico).

El sector de asistencia ambulatoria se encuentra en el subsuelo y cuenta con una sala de espera, un sector administrativo, siete consultorios, una cocina, un baño, una sala de reunión sin ventanas y una puerta de emergencia.

Se accede desde una escalera angosta que baja desde el sector de maternidad. Linda con el área de servicios generales. Hay una puerta que conecta con el exterior que la utilizan las personas con sillas de ruedas (no hay rampa acorde) y en situaciones de crisis y descompensaciones complejas se solicita la presencia de la ambulancia para realizar el traslado hasta la sala de internación (todo ese sector quedó anulado cuando se inició y paralizó la obra de ampliación hospitalaria).

La sala de espera está pintada de color verde turquesa. Hay un cuadro abstracto de varios colores, una mesa ratona decorada por los usuarios del Hospital de Día con técnica de mosaiquismo, sobre la mesa algunos libros y revistas, un viejo televisor de 14 pulgadas, algunas plantas, una hilera de sillas con cuerina en color negro bastante deteriorado y un sillón en similar estado.

Una pequeña cartelera de corcho contiene el detalle de las modalidades y horarios de las diferentes admisiones (niños, adolescentes, adultos), la modalidad para la renovación de recetas, las características de los bonos de asistencia de cada obra

social, la modalidad de atención por guardia.

La ventanilla por donde asisten los dos secretarios tiene vidrio blindado esmerilado y la puerta de ingreso al servicio tiene picaporte ciego.

La construcción es de cemento, se corresponde con el área más vieja del hospital. Fue construido para el servicio de odontología, con lo cual la mayoría de los consultorios tiene bacha, canilla y armario empotrado. De los ocho consultorios, siete tienen ventana. Cada consultorio fue decorado con cuadros y plantas por los profesionales del servicio. Hay algunos cuadros pintados por usuarios en agradecimiento a la prestación recibida.

Existen días fijos de admisiones, no es necesario tener orden de derivación o interconsulta. Existe un formulario de admisión: los administrativos completan datos formales, los profesionales completan la codificación DSM IV y realizan las observaciones que permiten diferenciar la demanda ([ANEXO 3](#)). Los usuarios sacan turnos programados para admisiones de niños y adolescentes (seis admisiones los días miércoles). En el caso de las admisiones de adultos los turnos son espontáneos por orden de llegada (seis admisiones los días lunes y seis admisiones los días jueves).

En el caso de admisiones que plantean situaciones de urgencia, pueden derivar en una internación o en un turno ambulatorio programado para iniciar tratamiento.

En el caso de admisiones que no requieren una intervención inmediata asistencial, ingresan a la lista de espera (carpeta donde se guardan los formularios de admisión no resueltos) y cada vez que un profesional tiene turnos libres llama a usuarios de la lista de espera para iniciar tratamiento (en las reuniones de equipo se reparten los formularios de admisión). La demora de la lista de espera es de aproximadamente uno o dos meses dependiendo si se considera prioritaria o no la asistencia (según el criterio profesional de los profesionales que realizaron la admisión).

En el caso de la medicación asistida, los usuarios son citados por los enfermeros y se realiza seguimiento telefónico recordándoles la fecha de administración de la

medicación de depósito (los enfermeros tienen individualizadas cajas con el nombre de cada paciente en seguimiento donde guardan la medicación correspondiente fraccionada en sobres que ellos realizan con la dosificación de la medicación oral). También realizan el seguimiento de métodos anticonceptivos en algunas adolescentes (colocación de inyección mensual). Los enfermeros han organizado algunos talleres de tejido, peluquería y manualidades cuando se elaboran estrategias de seguimiento semanal con algún usuario en particular. Desde temprano concurren los usuarios que se encuentran bajo el programa de medicación asistida, se quedan en la sala de espera, sentados, observando la llegada de los profesionales y administrativos. Conocen la dinámica diaria del SSM.

Los usuarios con turnos programados se proveen del bono de la consulta emitido desde el hall central del hospital cuando los administrativos no llegan a horario.

Todas las actuaciones se completan en la historia clínica digital (recepción administrativa, actuaciones de todos los profesionales incluso llamados telefónicos y detalle de reuniones que se sostienen con otras instituciones por algún usuario en particular). La historia clínica informática no puede ser completada si no es habilitada por el administrativo del sector al recibir al paciente y emitir el bono de la consulta. Hay tres administrativos: dos por la mañana y uno por la tarde.

Diariamente concurre personal de limpieza al sector, una pareja que prepara menús en viandas (no hay buffet en el hospital), la secretaria de judiciales con la documentación de los oficios y las comunicaciones judiciales de las internaciones. También semanalmente se realizan reuniones con otras instituciones (educación, desarrollo social, municipalidad).

Existe un número fijo con posibilidad de entrada de llamadas y un teléfono interno. Los teléfonos continuamente llaman. Hay mucha demanda telefónica, no se pueden realizar llamadas externas directas, todo pasa por el conmutador.

2. Asistencia de la guardia: La asistencia de la urgencia se realiza en el sector correspondiente a la guardia general hospitalaria que cuenta con un staff propio de

médicos generalistas.

Los usuarios llegan a la guardia por su propia voluntad y medios; pueden arribar acompañados por personal policial en los casos de evaluaciones solicitadas por oficio; o bien ingresan en ambulancia ante llamados domiciliarios al 107 (atención provincial de las urgencias).

Los médicos del sector de la guardia realizan la evaluación del estado general, el control de los signos vitales y en caso que se requiera se comunican telefónicamente con los especialistas.

No ha sido un trabajo fácil lograr que no se estigmatice al “paciente psiquiátrico”. Ha sido necesaria la participación de la jefa del servicio, varias reuniones y la creación final de un protocolo consensuado para acordar la modalidad de trabajo, que fue reactualizado en el momento en el que se escribía este trabajo ([ANEXO 4](#)). Interesa destacar la incongruencia de realizar un protocolo especial para la asistencia de usuarios de salud mental. La existencia de este protocolo permitió aliviar tensiones y malestares generados por las guardias de salud mental.

El médico generalista de la guardia evalúa primero y luego define si es necesaria o no la presencia de un profesional de salud mental.

Los especialistas concurren a la guardia para evaluación y determinación de las conductas a seguir: nueva evaluación al día siguiente, turno programado para consultorios, internación. Antes de la promulgación de la LNSM las guardias eran realizadas sólo por los médicos psiquiatras del SSM. A partir de la ley, concurren conjuntamente un psicólogo y un psiquiatra para la evaluación. Las evaluaciones de guardia pueden derivar en una internación (se interna); pueden derivar en la necesidad de una nueva evaluación de seguimiento y control ambulatorio (se cita para el día siguiente); pueden requerir iniciar tratamiento ambulatorio (se deriva a admisión).

Las guardias, en el caso de salud mental, se cubren con guardias pasivas de veinticuatro horas. Todas las actuaciones se registran en la historia clínica digital.

3. Interconsultas: Los profesionales abocados a esta tarea realizan las interconsultas solicitadas desde otras áreas de internación (24 camas en sala de adultos polivalente, 12 camas en sala de pediatría, 1 cama en pediatría intermedia, 2 camas en unidad de terapia intensiva pediátrica, 6 camas en sala de unidad de terapia intensiva adultos, 25 camas en sala de maternidad, 6 camas en neonatología de las cuales 3 tienen la posibilidad de suministrar asistencia respiratoria mecánica y monitoreo completo). Todas las interconsultas quedan registradas en la historia clínica digital.

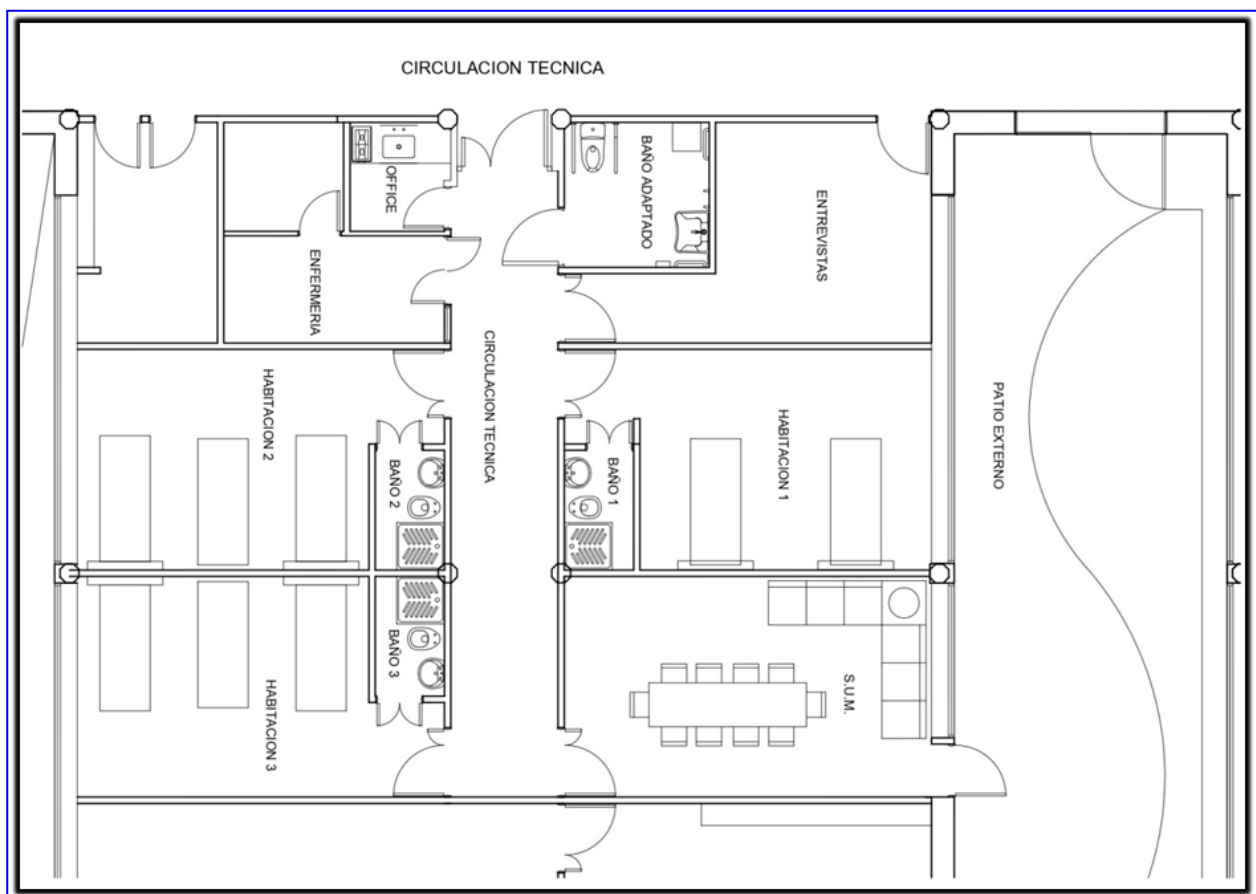
El SSM intenta establecer una diferencia en lo que respecta al trabajo que se realiza en las interconsultas, para ello estableció equipos de consultas diferenciados para la sala general, pediatría, neonatología, oncología y nefrología. Cuando los referentes del área reciben las interconsultas se ocupan de hablar primero con el interconsultor para poder entender la demanda. La demanda no siempre está centrada en el usuario (prueba de ellos es que muchas veces los usuarios nada saben de la existencia de una interconsulta), por momentos las demandas se trasladan a conflictivas con familiares, situaciones de duelo, angustia de los profesionales tratantes. Analizada la demanda, el equipo consultor decide la práctica, que no siempre se focaliza en el usuario. En algunas situaciones, la intervención no se limita a una evaluación, entonces, se realiza un seguimiento y evolución diaria quedando el alta supeditada al criterio de los profesionales de salud mental.

4. Internación: (Segundo nivel – Internación de mediana complejidad) Desde octubre de 2008 se cuenta con un área diferenciada y nueve camas. Hasta ese momento las internaciones se realizaban en la sala general sin enfermería especializada, no existía un espacio compartido ni espacio privado para realizar entrevistas, tampoco un espacio al aire libre. La inauguración de la sala de internación contó con la presencia de la entonces Gobernadora Lic. Fabiana Ríos y autoridades del Ministerio de Salud. Se trató de un importante evento con cobertura periodística tal como lo reflejan los diarios de ese momento. (ANEXO 5)

El sector de internación del SSM se encuentra frente a la sala de internación de

adultos. Cuenta con: tres habitaciones con tres camas cada una y baño, un patio interno, un baño para personas con discapacidad, un sector de enfermería, un salón de usos múltiples con televisor, radio, biblioteca y juegos de mesa donde las personas internadas pueden recibir a sus visitas, un office para realizar las entrevistas y para realizar el registro diario de evolución de cada uno de las personas internadas.

Título: Plano del sector de internación del SSM en el HRU



Fuente: elaborado por el área de Infraestructura.

En los sectores de internación del hospital, hay dos camas por habitación. Sin embargo en la sala de salud mental hay tres camas en cada habitación (aunque el tamaño es idéntico al de otras internaciones). En el momento de la inauguración de la sala de internación de salud mental, cada habitación tenía dos camas pero fue necesario ir

agregando más camas en el mismo espacio conforme aumentaron la cantidad de internaciones.

La internación linda con el sector de diálisis. Cuando se presentó el inconveniente que los sillones de diálisis no cubrían la alta demanda de paciente para dializar y varios pacientes tuvieron que ser derivados a otra provincia para dializarse, se decidió agrandar el servicio de nefrología disminuyendo el área de la internación de salud mental. En consecuencia, desapareció por completo la sala donde diariamente se realizaban las entrevistas individuales y familiares de los pacientes internados en salud mental. Fueron necesarias arduas gestiones para volver a tener un espacio privado para las entrevistas individuales, entrevistas familiares y reuniones que se sostienen con diferentes instituciones por los pacientes internados.

En una oportunidad con la excusa de alejar elementos contundentes del alcance de los pacientes internados (momento de la ampliación de diálisis) se realizó un muro en el patio interno donde los pacientes salen a fumar, a cuidar el jardín y tomar sol. El muro apareció de un día a otro y jamás se dio aviso a la jefa del servicio. Pero cuando finalizó la obra, el muro allí continuó. Un paciente sugirió realizar un grafiti con la alegoría de The Wall. Fueron necesarias intensas gestiones y negociaciones para que pudiera derrumbarse.

La puerta de acceso permanece con llave aunque se ha ido deteriorando la cerradura por diferentes situaciones de pacientes en crisis.

Dos enfermeros por turnos brindan asistencia continua a las personas internadas. Los familiares pueden llamar por teléfono y los enfermeros brindar detalles de la evolución. Los enfermeros tienen turnos rotativos de seis horas (cuatro turnos por día). De lunes a viernes, la actividad terapéutica de la sala la desarrollan un psicólogo, un psiquiatra y una trabajadora social. Durante los fines de semana y los feriados, la asistencia del sector la realiza la guardia pasiva de salud mental (psicólogo y psiquiatra).

Asimismo, existen varios sectores que intervienen: admisión y egresos, secretaría de sala, sector de judiciales, archivo, personal de limpieza, personal de mantenimiento, personal de cocina y el servicio de nutrición.

Los usuarios internados son derivados desde diferentes dispositivos: admisiones (una de las fortalezas de las admisiones es la detección de las urgencias subjetivas), consultorio externos, guardia general y en pocos casos se realizan internaciones programadas. En la internación se abordan situaciones de urgencia, se intentan realizar internaciones breves y existe un protocolo de atención para todas las internaciones (sean voluntarias, involuntarias o de menores). También existe un protocolo para sujeciones mecánicas que fue consensado luego que se diera un ateneo sobre ese tema ([ANEXO 6](#)). Todas las actuaciones se registran en la historia clínica digital.

Desde el SSM se realizan otras actividades: participación en mesas multisectoriales de trabajo; participación en equipos interdisciplinarios hospitalarios (equipo de diabetes, equipo de dolor crónico); participación en juntas médicas; actividades docentes en las prácticas pre-profesionales para estudiantes avanzados de salud mental organizados por Casa de Tierra del Fuego (Buenos Aires); actividades de formación y docencia en el marco del Programa de la Residencia de Medicina General; actividades de supervisión anual con profesionales externos.

Existen dos proyectos escritos que se han presentado en diferentes oportunidades para la creación de dos dispositivos alternativos a la internación: casa de medio camino y una propuesta educativa intersectorial para niños con padecimiento mental crónico. El único Hospital de Día para pacientes con padecimiento mental crónico nació como un dispositivo de atención en el SSM. Posteriormente tuvo otra dependencia orgánica.

Históricamente se sostienen espacios de encuentros de todo el equipo de profesionales del SSM: los días lunes una reunión de equipo de 14:00 a 16:00 horas y los días jueves un ateneo (teórico o clínico) en el mismo horario. En esos espacios la jefa del servicio, elegida por votación, comunica las novedades semanales operativas, recolecta la información relevante sobre las actividades del servicio, sobre las reuniones de la jefatura, sobre las reuniones interinstitucionales con otras dependencias compartiendo la información y discutiendo posibles líneas de acción. En las reuniones de equipo se trabajan las estrategias terapéuticas de los pacientes internados. Tanto las reuniones de equipo como los ateneos se sostienen en el tiempo.

No existen actividades sistemáticas de investigación y si bien los profesionales participan en diferentes congresos no existen muchos antecedentes de presentación de trabajos. En una oportunidad se armó un poster sobre la temática de la LNSM pero los profesionales no viajaron al congreso para presentarlo. La intención era realizar una exposición demostrando que en el HRU se trabajaba desde una perspectiva de derechos antes de la implementación de la LNSM mencionando las dificultades y obstáculos que surgían en el momento del cambio de la ley ([ANEXO 7](#)).

Dos veces al año, en los meses de marzo y octubre, se suspende toda la actividad programada y se organiza el trabajo del año. Estos espacios facilitan la elección democrática de las vacaciones, los cambios en las dinámicas laborales, los proyectos de trabajo anuales y cambios en la asignación de las actividades programadas. Es un espacio donde se problematizan el funcionamiento de las diferentes áreas y se acuerdan cambios operativos. Por lo general se realiza en un lugar fuera del hospital y se comparte el almuerzo. Esta modalidad de pensar el trabajo da cuenta de la autonomía de los profesionales legitimando procesos y prácticas. Desde el campo de la administración Henry Mintzberg (2001) caracteriza a las burocracias profesionales (propias de los hospitales) como sistemas con alto grado de autonomía profesional que se manifiesta en la libertad para responder órdenes administrativas, para consultar con los pares y para establecer las modalidades y organización del trabajo.

La organización y la dinámica del servicio se ha ido modificando a través del tiempo. Antes había solo dos consultorios de asistencia ambulatoria y ahora hay siete; antes el secretario y el enfermero de consultorios externos era compartido con otros servicios, ahora son exclusivos del sector; antes los pacientes que requerían internación eran internados en la sala general, ahora existe una sala diferenciada; antes los pacientes de hospital de día utilizaban el sum de la internación, ahora hay una casa fuera del hospital; antes las guardias la realizaban únicamente los psiquiatras y a partir de la sanción de la LNSM la realizan conjuntamente un psicólogo y un psiquiatra.

En todas las situaciones detalladas anteriormente la organización del servicio y el manejo institucional del tiempo fueron modificándose. Esta simple enumeración oculta intensos trabajos grupales, fueron necesarias muchas reuniones y trabajo de equipo

para consensuar cambios en las dinámicas de trabajo. Los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado devienen en una compleja trama en donde sus significados se presentan de manera conjunta con las prácticas. En la atención profesional hospitalaria que el SSM brinda, se fueron instituyendo diferentes formas de atender los padecimientos. Estos modos de atender resignifican saberes, prácticas, intervenciones. Concebir la enfermedad como una producción social implica una mirada relacional donde se puedan atender las micro relaciones (los diferentes dispositivos de salud, los itinerarios terapéuticos).

El espacio del SSM es un espacio físico (sector ambulatorio, internación, guardia), social (algo del padecimiento subjetivo allí se alberga) y simbólico (se dá lugar a lo que queda por fuera del discurso médico hegemónico, a lo que reincide, al síntoma que cuestiona la práctica médica, al síntoma que algo dice del sujeto que padece).

La ubicación de los sectores que comprende (jardín con muro, atención en el subsuelo, sala que se achica para que crezca otro servicio), las distancias, el aspecto de los lugares (puertas cerradas con llave, accesos restringidos) tienen implicancias morales diferentes para las personas que transitan por allí. Los profesionales buscan seguridad en sus trabajos (se han evidenciado situaciones de mucha violencia), los usuarios observan puertas cerradas y dificultad en el acceso a la atención.

Los modelos de atención no se pueden considerar de manera aislada. Debe existir un correlato entre las diferentes prácticas y las representaciones individuales (y sociales) de los sujetos que solicitan diferentes procesos de atención. Será interesante investigar qué busca una persona cuando busca una atención en el servicio de salud mental. En tal sentido el estudio del modo cómo un usuario se acerca al servicio, cómo fue derivado, cómo entiende que podría solucionar su padecimiento psíquico abre todo un problema que se podría estudiar en otro momento.

Para poder definir a los actores que intervienen en el problema a estudiar se generó el siguiente cuadro de actores claves tomando en cuenta la participación en las internaciones de SM.

Título: Mapeo de actores estratégicos

ACTORES	ACCIONES	SECTOR PÚBLICO O PRIVADO
Profesionales del SSM	Realizan la evaluación interdisciplinaria e indican internaciones	Sector público, dedicación exclusiva
Enfermería	Supervisión continua de pacientes internados	Sector público (algunos enfermeros también trabajan en el ámbito privado)
Secretaría de Salud Mental	Determina las políticas públicas	Sector público
Órgano de Revisión	Fiscaliza el cumplimiento de la LNSM	Algunos miembros del sector público y otros del sector privado
Ámbito judicial	Seguimiento de Internaciones según lo establecido por la LNSM	Sector público

Fuente: elaboración propia

Por último, resulta pertinente señalar que la autora es psicóloga de planta desde el 2006 en el SSM lo cual facilitará la accesibilidad para el ingreso al campo. Tal como recomienda Guillermo Briones (2002) para investigadores sin gran experiencia, resulta elemental plantear problemas cuyas respuestas se encuentren dentro de su campo de competencia.

Se recortan como ámbito de estudio las internaciones en salud mental desde la perspectiva de los profesionales de salud, de los gestores y de actores claves, pues es importante contar con un estudio de los factores que facilitan y dificultan la implementación para el fortalecimiento de las políticas públicas en defensa de los derechos de los usuarios. Se entiende que la perspectiva de los usuarios es un componente esencial en ese camino, pero requerirá de estudios específicos del tema que exceden los objetivos de esta presentación.

2.3. Formulación y construcción del problema de gestión

Si bien existe la LNSM, que es progresista en relación a los derechos de las personas con padecimiento mentales, en las prácticas cotidianas suelen primar perspectivas segregacionistas que desvirtúan el real espíritu de la ley.

Aún falta en el personal de salud una perspectiva integral de derechos humanos y sus prácticas pueden reflejar fragmentación, estigmatización y prejuicios hacia las personas con padecimiento mentales.

Aún existe un déficit en los servicios para la plena integración de las personas con padecimientos mentales.

Así como a lo largo de los tiempos los problemas de salud mental fueron relegados de la vida social y confinados a espacios de encierro y exclusión, de la misma manera, el sistema sanitario en Argentina excluyó de sus hospitales generales la asistencia a los usuarios con padecimientos mentales ofreciendo abordajes en unidades de tercer nivel. Las unidades monovalentes legitiman sistemas de exclusión y encierro al establecer, entre otras cuestiones, internaciones prolongadas que vulneran los derechos de las personas internadas.

Yago Di Nella en un artículo publicado en abril de 2012 afirmaba que no todas las provincias habían logrado la asistencia del episodio agudo y la incorporación efectiva de servicios de internación en el segundo nivel de atención. Facilitar la accesibilidad de los usuarios a internaciones en hospitales generales es garantizar el derecho a la salud, “es un deber del Estado atender el padecimiento mental como cualquier otro padecimiento” (Di Nella, 2012). La asistencia de episodios subjetivos agudos que requieren internaciones debe ser realizada en centros de segundo nivel.

A pocos años la realidad nacional se ha modificado. Según datos suministrados por la Dirección Nacional de Salud Mental hoy todas las provincias cuentan con un hospital público donde se realizan internaciones, pese a ello los monovalentes siguen existiendo (Demasi, 2020, comunicación telefónica personal).

En la provincia de Tierra del Fuego (TDF) nunca existieron manicomios ni instituciones psiquiátricas (monovalentes). En Ushuaia, solo una institución del ámbito privado, la Clínica San Jorge dentro de sus prestaciones tiene sala de internación pero excluye de la atención las internaciones de salud mental, tampoco ofrece guardias de psicología o psiquiatría.

En consecuencia, todas las internaciones y las situaciones agudas se realizan exclusivamente en el HRU. De tal modo es correcto afirmar que todas las internaciones de la ciudad de Ushuaia de urgencias subjetivas las realizan los profesionales del SSM en el HRU. Entonces, si el hospital es el único efector público que posibilita un dispositivo de atención para urgencias, resulta relevante y pertinente **objetivar las acciones que se han realizado e identificar los factores actuales que facilitan y dificultan la viabilidad de la ley nacional en lo concerniente a las internaciones en salud mental.**

No existen relevamientos ni investigaciones relativas a las internaciones en salud mental en la ciudad de Ushuaia, tampoco en la provincia. El problema elegido para el desarrollo de este trabajo permitirá un conocimiento pormenorizado entre la normativa y su implementación. Los usuarios son los actores claves de toda política en la gestión de los sistemas y servicios de salud.

El SSM trabaja sobre la singularidad del sujeto, no obstante no deja de estar sujeto en una organización donde prima el discurso médico hegemónico. Esto trae consecuencias en el modo de atender el padecimiento, verticalista, tecnoasistido, medicalizante, disciplinante.

Entonces, ¿cómo se hace para mantener una modalidad de trabajo que intenta imprimir un sello diferente, que intenta una mirada integradora de un sujeto que padece y que es sujeto de derechos en una organización con marcada burocracia profesional?

La forma en la que se organiza la respuesta institucional al padecimiento mental, no tiene en cuenta la subjetividad del usuario/a. Ya no se trata de conceptos dicotómicos salud-enfermedad sino de la incorporación de la idea de procesos (salud-enfermedad-atención-cuidado). Procesos que deban tener en cuenta la

subjetividad; procesos que entiendan la salud como un valor social, bajo una perspectiva de defensa de derechos. Este modo de abordar lo complejo, facilita una mirada de integralidad de las prácticas, facilita la consideración de la dimensión subjetiva. No se trata, entonces, de enfermedad sino de pensar el sujeto en situación de padecimiento, de darle un lugar como entidad al sufrimiento psíquico (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Resulta pertinente, entonces, conocer la modalidad de trabajo del SSM, el trabajo de enfermería, las acciones de los gestores y de los actores claves en lo pertinente a las internaciones de SM.

Resulta importante destacar que en la provincia de TDF existe el órgano de revisión de salud mental, que tiene por función cumplir con las funciones previstas en el artículo 40 de la LNSM.

Los interrogantes centrales que guían el trabajo en esta tesis de investigación son:

- ¿Cuáles son los factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la LNSM en las internaciones que el SSM realizó en el HRU durante el año 2019?
- ¿Cuál es el perfil de los profesionales que trabajan en las internaciones en términos de edad, género, profesión, nivel educativo, capacitaciones en materia de SM, capacitaciones en materia de DDHH, años en el sistema de salud pública de TDF, modalidad de contratación, conocimiento de la LNSM, régimen de dedicación exclusiva, trabajo combinado entre el sistema público y el privado?
- ¿Qué acciones ha implementado el SSM para garantizar derechos de la LNSM?
- ¿Cuáles son las acciones que desde la perspectiva de las personas gestoras se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM?
- ¿Cuáles son las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de los actores claves?
- ¿Se cumple normativamente la ley en lo concerniente a los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario y las internaciones?

- ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que caracterizan los actores involucrados en la implementación de la ley?

Se podría justificar este estudio siguiendo el cuadro de justificación de una tesis de Sampieri (Hernández Sampieri, 2014), a saber:

CONVENIENCIA: este estudio sirve para poder realizar una evaluación de la ley a diez años de su implementación.

RELEVANCIA SOCIAL: se beneficiarán los usuarios pues son ellos los protagonistas principales en la gestión de sistemas y servicios de salud.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS: permitirá la fundamentación de resolución en temas prácticos que no siempre se han solucionado desde una perspectiva de derechos.

UTILIDAD METODOLÓGICA: Podría facilitar estudios en décadas posteriores que permitan reevaluar en nuevos contextos sociales, institucionales y políticos. Se generarán grillas de relevamiento que permitirán nuevas evaluaciones futuras de la ley.

2.4. Documentación del problema

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el primer enunciado resalta que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Como consecuencia de esta definición la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos o enfermedades mentales, es un componente esencial de la salud.

Según datos de la OMS, una de cuatro personas sufre algún trastorno mental en el transcurso de su vida, de éstos dos tercios no reciben ningún tipo de atención. A nivel mundial las personas que reciben atención se encuentran mayormente internadas en hospitales o clínicas psiquiátricas. Los trastornos mentales debido a su alta prevalencia, su cronicidad, su temprana aparición, su baja tasa de tratamiento y la discapacidad que generan, se encuentran entre los trastornos más perjudiciales de la vida. Casi 400 millones de personas en el mundo en el mundo se calcula que sufren algún padecimiento mental.(OMS, 2001)

Aunque la carga de morbilidad en el mundo de los trastornos mentales y del comportamiento se calcula que representan el doce por ciento, los presupuestos de la mayoría de los países son inferiores al uno por ciento del gasto total en salud. Esto demuestra la clara desproporción entre la carga de morbilidad y el gasto en salud. Por otro lado, más del cuarenta por ciento de los países no tienen una política de salud mental y es frecuente que los planes de salud no cubren los padecimientos mentales de la misma manera que otras enfermedades, lo cual genera importantes dificultades económicas para los usuarios y sus familias. Es importante la integración de los tratamientos y los servicios de salud mental en el sistema general de salud.

Estudios de la OMS (OMS, 2001) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) muestran que los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el veintidós por ciento de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y

presentan una tendencia en aumento.

En Argentina, se realizó el primer Estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental, publicado en la revista científica *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (Stagnaro, 2018). Se trató de una encuesta domiciliaria probabilística practicada a casi cuatro mil personas de dieciocho años de edad y mayores, de ocho áreas urbanas más grandes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán). El resultado de este estudio demostró que en Argentina, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1%. Las problemáticas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los problemas por consumo de sustancias.

Según el informe publicado en el año 2001 por la OMS (2001) titulado *El Informe sobre la Salud en el Mundo* se dispone de muy poca información acerca de la prevalencia de los trastornos mentales y conductuales en los países, mucho más se desconoce en los países en desarrollo. Las cifras de prevalencia varían en función del concepto y las definiciones de los trastornos incluidos en los estudios, por tal motivo cuando se incluyen todos los trastornos del CIE-10 la prevalencia aumenta.

Almeida-Filho en el Estudio multicéntrico brasileño de morbilidad psiquiátrica (1997) afirma que en los países en desarrollo, los estudios de morbilidad psiquiátrica aplican procedimientos de diagnóstico de baja confiabilidad, produciendo datos descriptivos con aplicación limitada para la planificación de la salud mental. Tampoco existen estudios longitudinales ni se han hecho estudios longitudinales para analizar la evolución de los padecimientos mentales y su relación con diferentes factores y determinantes (psicosociales, genéticos, económicos ambientales).

Entonces, la magnitud de los problemas relacionados con los padecimientos mentales, la etiología multiactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conllevan hacen que la respuesta más adecuada sean las estrategias de salud pública. En el último medio siglo se ha modificado el modelo de atención de salud mental: de la institucionalización se ha pasado a un enfoque de atención comunitaria reforzada por internaciones breves para casos agudos con disponibilidad de camas en hospitales



generales. Este cambio privilegia el respeto a los derechos humanos de los pacientes internados. (LNSM, 2010). Sin embargo, el estigma ligado al padecimiento mental sigue estando presente y se traduce en políticas públicas negativas hacia los pacientes.

A los fines de este trabajo resulta pertinente el análisis y estudio de las internaciones de SM en el único hospital público de la ciudad. Si las internaciones de salud mental son un problema de salud pública, las internaciones que realiza el SSM, también lo son.

2.5. Antecedentes relevantes de la problemática

En la segunda mitad del siglo XX a causa de los siguientes factores, se produjo un importante cambio en el paradigma de atención de la salud mental, ellos son (OMS, 2001, p. 49):

- el desarrollo de la psicofarmacología (en especial los neurolépticos y los antidepresivos) junto a nuevas formas de intervención psicosocial
- el movimiento de los derechos humanos bajo el patrocinio de las Naciones Unidas y el auge de las democracias a escala mundial
- la incorporación de la OMS del componente mental a su definición de salud

Estos factores originaron cambios en los modelos de atención: de las instituciones manicomiales a la atención comunitaria. Como enfoque, la atención comunitaria implica asistencia en hospitales generales para situaciones agudas, residencias para estancias largas en la comunidad, servicios situados en lugares cercanos a domicilios, desarrollo de una amplia gama de servicios en el ámbito local, tratamientos ambulatorios antes que internaciones prolongadas, legislaciones que legitimen el cambio. (OMS, 2001, p.50).

Pero aún se requieren muchos cambios para lograr la efectividad de la atención comunitaria, falta aún que se asignen más recursos de parte de los gobiernos para nuevos dispositivos alternativos a las internaciones. El estigma ligado a los trastornos mentales sigue siendo fuerte y empaña el desarrollo de políticas públicas.

En 1949 en Argentina el entonces Ministro Ramón Carrillo a cargo de la Secretaría de Salud propuso designar como enfermos mentales a todos los pacientes que eran nombrados como alienados, a fin de que se los trate como a cualquier otro enfermo. (Stolkiner, s.f.). Carrillo inició una reorganización para evitar la cronificación de los establecimientos de internación permitiendo que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias, proponiendo la internación en hospitales generales (Carrillo, 1949).

En algunos países hubo importantes avances para lograr el cambio de paradigma, del encierro de pacientes en monovalentes a la inserción en la comunidad. Por ejemplo, en Italia la Ley 180 (que entró en vigor en 1978) ordenó el cierre de todos los hospitales psiquiátricos, la prohibición de nuevas admisiones en grandes centros estatales, la prohibición de nuevos psiquiátricos, la habilitación de solo 15 camas en hospitales generales y la afiliación de los usuarios a centros de salud comunitarios. Resumiendo, las alternativas a la hospitalización, se centraron en camas para salud mental en hospitales generales, centros por fuera del hospital con características de residencias con personal a tiempo completo o parcial y centros ambulatorios tipo hospitales y centros de día. La Ley 180, también llamada Ley Basaglia en honor a Franco Basaglia, es la primera ley que establece derechos para las personas con trastornos mentales. Italia logró un importante avance en materia de desinstitucionalización pero no ha modificado los servicios de atención primaria.

En 1956, en nuestro país, Mauricio Goldemberg creó el Servicio de Psicopatología en el Hospital de Lanús. (Visacovsky, 2001)

Las reformas de la atención en salud mental implican procesos complejos, la desinstitucionalización no siempre ha sido exitosa. En los países en desarrollo no existen grandes modificaciones del modelo de atención. En otros países tales como Brasil, China, Colombia, Filipinas, la India, la República Islámica del Irán, el Pakistán, el Senegal, Sudáfrica y el Sudán existen programas piloto que empiezan a integrar la salud mental a la atención primaria en salud sin embargo no son extensivos a la totalidad de los territorios.

En 1980 La Iniciativa de Ginebra en materia de psiquiatría (con sede en los Países Bajos) se fundó con intención de combatir el abuso político de la psiquiatría como elemento represivo. Se trató de una iniciativa internacional que posibilitó reformas en el tratamiento de la salud mental. En 1993 se organizó en Bratislava (Eslovaquia) la primera reunión de Reformadores de la Psiquiatría.

En 1983 en Inglaterra y Gales, el Decreto de Salud Mental implicó un cambio radical: de la custodia y el encierro hacia la integración y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

En 1983 con el retorno de la democracia en nuestro país el Dr. Mauricio Goldemberg estableció como asesor los lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental, algunas provincias contaron con Direcciones de Salud Mental y los dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM).

En 1985 fue impulsada una reforma emblemática en la Provincia de Río Negro en la República Argentina. Reconocida internacionalmente, incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial, servicios de salud mental en hospitales generales, la conformación de equipos interdisciplinarios para la asistencia de padecimientos mentales en los lugares de origen y el trabajo comunitario para la inclusión social. De este trabajo resultó el cierre definitivo del hospital psiquiátrico de Allen, en el Alto Valle del Río Negro. En el año 1991 esa provincia sancionó la Ley Provincial N° 2440, de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. Esto permitió que, entre los años 1991 y 1993, el número de profesionales y empleados de los equipos de salud mental comunitarios se incrementara en un 50% aproximadamente y el número de empleados y profesionales de la salud mental trabajando en los hospitales generales se aumentara en un 25% (Cohen, 1995).

En 1999 el Director General de la Sanidad en los Estados Unidos realizó un informe donde señaló que la mitad de los estadounidenses que necesitaban un tratamiento de salud mental no lo realizaban, siendo el estigma social ligado a los padecimientos mentales y a las personas que los padecen la causa principal para no tratarse.

En 1999 la Asociación Mundial de Psiquiatría elaboró el primer programa mundial denominado Open the Door (Abre las Puertas) contra la estigmatización y la discriminación asociadas a la esquizofrenia con intención de brindar conocimientos acerca de este padecimiento y sus posibilidades de tratamiento, mejorar la actitud de todos hacia las personas y las familias con un familiar que padece esta enfermedad y para formular medidas para eliminar la estigmatización, la discriminación y los prejuicios. El material fue difundido con carácter experimental en Alemania, Austria, Canadá, China, Egipto, España, Grecia, India e Italia.

El Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS (2001) especifica que la salud mental

es fundamental para el bienestar de las personas, para el bienestar de las sociedades y para el bienestar de los países. Allí se establecen medidas para acabar con la estigmatización y la discriminación. Se brindan también recomendaciones para tratamientos eficaces en donde los gobiernos son responsables de la salud mental y la salud física de los ciudadanos. Una premisa fundamental es el cierre de hospitales psiquiátricos y la sustitución de estos nosocomios por la organización de la atención comunitaria y la **asistencia de los episodios agudos en internaciones breves en hospitales generales**. El lema del Día Mundial de la Salud Mental en 2001 "Sí a la atención, no a la exclusión" expresaba la necesidad de poner el acento en la reforma de los servicios, ligado a la lucha contra la discriminación y el estigma. (Almeida, 2005).

En el año 2001, ciento sesenta países facilitaron información a la OMS: casi la cuarta parte no tenían legislación en materia de salud mental.

El plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS (2013) acepta el principio "no hay salud sin salud mental" (p. 6).

En el año 2007 el CELS (Centro de Estudios Laborales y Sociales) y el Mental Disability Rights International (MDRI) publicaron un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina titulado: Vidas Arrasadas, La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (CELS, 2008). En él, se detallan las graves violaciones de derechos de las personas internadas. Como conclusión se propuso crear una legislación desde una perspectiva de derechos en políticas públicas.

En el año 2010 en Argentina se sancionó la LNSM 26657 enmarcada dentro del modelo comunitario de atención en salud mental y guiada por las convenciones internacionales y regionales de los derechos humanos de las cuales el país es signatario. Con anterioridad, Brasil, en el año 2001, adoptó una legislación totalmente coherente con ese modelo y esos principios. Para la elaboración de la ley en Argentina fue muy importante la participación de organizaciones no gubernamentales junto a la Secretaría Nacional de Derechos Humanos y el Ministerio de Justicia de la Nación (Comisión Asesora del Gabinete de Ministros). A comienzos del año 2010 se creó en Argentina la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Recién en el año 2013 la Argentina contó con un Plan Nacional en Salud Mental aprobado por medio de la Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de Argentina (MSA, 2013).

En la biblioteca virtual de salud del MSA figuran dos documentos relacionados con el tema de este trabajo:

- El primero es la Guía básica criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental (MSA, 2014) en donde figuran diferentes recomendaciones:

Hospitales monovalentes: para que se integren a la red de servicios de salud mental en base al modelo de atención comunitario de acuerdo a las normativas vigentes en el país y el mundo.

Hospitales generales: destaca la importancia de la existencia de servicios de salud mental que atiendan la demanda interna y la demanda externa a través de la consulta ambulatoria, la atención de las urgencias, la interconsulta y de manera obligatoria la internación para aquellos casos que lo requieran. **Sugiere también, la posibilidad que los servicios de salud mental en los hospitales generales, puedan analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la LNSM.**

- El segundo es el documento titulado Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales (MSA, 2018) en donde se brindan recomendaciones para el **desarrollo de Servicios de Salud Mental y la internación dentro de la atención de hospitales generales.**

2.6. Análisis de los determinantes sociales del problema

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud decidió crear la Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud (OMS, 2005) para estudiar las profundas desigualdades en salud. Este documento destaca que los servicios de salud y la medicina son sólo un factor que influye sobre la salud de la población. Las influencias más importantes residen en el amplio espectro que abarcan las condiciones sociales y económicas: pobreza, violencia, injusticia, educación, alimentación, nutrición, marginalidad, discriminación, condiciones de vivienda, agua potable, seguros sociales. Como crítica, Berlinguer (2007) afirma que pocos gobiernos desarrollan programas que incluyan el estudio de la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población.

Entonces, la salud mental está determinada por diferentes factores sociales, psicológicos y biológicos. A modo de ejemplo se puede mencionar que las dificultades socioeconómicas cuando persisten en el tiempo afectan la salud mental de las personas y de las comunidades. Los indicadores de pobreza y los bajos niveles educativos son pruebas evidentes de ello. (OMS, 2005)

Los cambios sociales, las situaciones de trabajo estresantes, la discriminación, la exclusión social, los estilos de vida poco saludables, las situaciones de violencia, los problemas de salud física, las violaciones a los derechos humanos, todos estos factores inciden en la salud mental. También características propias de la personalidad y aspectos psicológicos hacen que una persona pueda ser más vulnerable a padecimientos mentales. Algunos padecimientos mentales también pueden estar originados por aspectos biológicos, factores genéticos. (OMS, 2005).

El respeto y la protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales son fundamentales para la promoción de la salud mental. Las políticas nacionales de salud mental no pueden abocarse exclusivamente a la patología mental. La salud mental debe ser un tema en la agenda política para ser abordada desde cuestiones más amplias. La promoción de la salud mental involucra acciones de diferentes sectores para ser efectivamente incorporada a programas tanto de sectores



gubernamentales como no gubernamentales. Requiere un trabajo intersectorial que involucre áreas de educación, de trabajo, de justicia, de transporte, de medio ambiente, de vivienda o de asistencia social.

Así como las políticas nacionales deben promover la salud mental también es importante que los esfuerzos nacionales estén abocados a satisfacer las necesidades de las personas con padecimientos mentales.

2.7. Marco normativo

Hablar de legislación en salud mental implica remitirse a los derechos humanos internacionales (Asamblea General de la ONU, 1948) y las normas asociadas. En tal sentido cuando un país es firmante de un tratado existe la obligación de cumplir, respetar y proteger los derechos incluidos en esos tratados. El lenguaje de los derechos humanos proporciona la reflexión necesaria para abolir prácticas y discursos de exclusión estigmatizantes.

Existen normas internacionales de derechos humanos que aunque no son vinculantes para todos los países, demuestran acuerdos para las buenas prácticas en salud mental tales como:

- Declaración de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)
- Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles. Ratificado por Argentina el 8 de noviembre de 1986, la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.
- Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificado por Argentina el 8 de noviembre de 1986, la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.
- Normas Estándar para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Minusvalías.
- Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Atención a la Salud Mental: en 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/119 que comprende veinticinco principios para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- Normas Estándar para la Equiparación de Oportunidades de las Personas con Discapacidad adoptadas en 1993 por la ONU.
- Declaración de Caracas (OPS), adoptada por la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica en 1990, es un

ejemplo de colaboración a nivel regional para la protección de las personas con trastornos mentales.

- Declaración de Madrid adoptada en 1996 por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría: formula directrices sobre los estándares de conducta y buenas prácticas de los profesionales.
- Atención a la Salud Mental: diez principios básicos dictados por la OMS en 1996, se trata de un documento que establece la importancia para que existan infraestructuras e instrumentos legales para apoyar la atención comunitaria en salud mental con la existencia de los dispositivos adecuados para usuarios de salud mental con distintos grados de autonomía.
- Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales dictadas en 1996 por la OMS.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006 (nuestro país fue uno de los primeros países en el mundo en firmar esta Convención, Argentina firmó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad el 30 de marzo de 2007).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 ofrece orientación para la elaboración de políticas específicamente relacionadas para niños y adolescentes.

En la región americana existen diferentes instrumentos para la protección de todas las personas:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: es un documento no vinculante que comprende la protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos: establece que toda persona privada de su libertad deberá ser tratada con dignidad. Fue adoptada el 22 de noviembre de 1969. Argentina ratificó la Convención Americana el 5 de septiembre de 1984, y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía

constitucional.

- Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos en las áreas de los derechos económicos, sociales y culturales: establece que todas las personas que sufren una disminución de sus capacidades físicas o mentales tienen el derecho a recibir una atención especial.
- Tratado Interamericano para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Personas con Discapacidad: es el primer tratado internacional orientado a defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales (Argentina ratificó la Convención Interamericana sobre Discapacidad el 10 de enero de 2001).

Argentina adoptó la forma federal de gobierno. Como tal, la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquía que las leyes emitidas a nivel provincial. Los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

La salud como derecho humano fundamental está garantizada en la Constitución Nacional. La Constitución Nacional remite a tratados internacionales de derechos humanos.

En el ámbito nacional la LNSM 26657 y su Decreto Reglamentario 603/2013 merecen un apartado especial. La LNSM al derogar la Ley N° 22914 implica un verdadero cambio de paradigma en materia de salud mental al incluir los principales estándares de salud mental y las normas de derechos humanos regionales e internacionales. La LNSM regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina basada en un enfoque de derechos, estableciendo de esta manera el marco jurídico reclamado durante tanto tiempo. Al respecto Enrique Carpintero (2011) afirma que desde los comienzos, el poder que intenta hegemonizar la salud mental, se opuso a la sanción de la LNSM entendiendo por poder aquel que se encuentra en consonancia con la psiquiatrización del campo de la salud mental. Esta ley entiende a la salud mental como un proceso complejo construido socialmente y determinado por componentes históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Para lograr la plena vigencia de la ley nacional de salud mental, Analía del Valle Rossi (2018) enfatiza que es necesario adecuar la actual red prestacional para recuperar la perspectiva que instituye la subjetividad como noción fundamental. El Decreto Reglamentario 603/2013 en su Artículo 1º caracteriza el sufrimiento psíquico:

“Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3º de la Ley N° 26657”.

En el ámbito provincial, la Ley Provincial de Salud Mental N° 1227 y su Decreto Reglamentario 2466/2018 establecen la modalidad de funcionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental y de la Comisión Provincial de Salud Mental y Adicciones. A los fines de esta investigación mencionaremos un inciso del artículo 7 de la Ley Provincial respecto de las políticas públicas de salud mental, a saber:

“b) favorecer un abordaje integral, incluyendo la dimensión social, psicológica y biológica de las personas, grupos y comunidades”

La normativa vigente de la Provincia de TDFAIAS contiene indicaciones que atañe a la definición de las políticas en materia de salud.

La Constitución Provincial de TDFAIAS (1991) establece en el Artículo 53:

“El Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales, públicas y privadas.”

La Ley Territorial de Carrera Sanitaria (1990), sancionada a principios de los años

noventa fue derogada en 1999, no hubo reemplazo hasta la fecha.

La Ley Provincial N° 554, sancionada en 2002, dispone en su primer artículo los principios que deben guiar el accionar del hospital público:

- a) Universalidad: entendida como la extensión de la cobertura de salud a toda la población de la Provincia de Tierra del Fuego;
- b) Equidad: que implica una organización y distribución de las actividades de la salud según las necesidades de los diferentes grupos de población, priorizando la población de menores recursos;
- c) Eficacia: comprendida como el desarrollo de todas las acciones necesarias para la consecución de los objetivos de salud propuestos;
- d) Eficiencia: que implica que en el cumplimiento de los tres principios anteriores se deberá asegurar la optimización y el uso racional de los recursos.”

La misma ley describe la conformación y funciones de los Consejos Hospitalarios, pero estos organismos de conducción colegiada con participación de los trabajadores y la comunidad no están funcionando.

Durante el período 2008-2011 existió un Plan de Salud Provincial (TDFAEIAS, 2008) que garantizaba el acceso universal a las prestaciones necesarias; la atención integral de la salud que incluya acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; el desarrollo de acciones sobre los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales; y la participación del individuo y la comunidad.

Durante los períodos posteriores no existieron Planes de Salud determinados por los gobiernos de turno.

3 - Marco Conceptual

3.1 - De la salud mental

Entre los temas prevalentes de la salud pública contemporánea la salud mental ocupa un lugar de notable importancia. Desde el fin de la segunda guerra mundial y hasta nuestros días, la incorporación de temas de salud mental en la agenda de salud pública fue adquiriendo un notable protagonismo.

Para el estudio de este concepto se utilizan las propuestas teóricas de Stolkiner y Galende.

Alicia Stolkiner (2012) propone una manera para pensar los conceptos de salud y salud mental desde la perspectiva del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos: abordarlos a través de las prácticas sociales en su articulación con las políticas. Solo para facilitar un abordaje teórico se pueden escindir conceptos de manera aislada ya que la producción misma de conceptos y teorías es inherente a las prácticas sociales. La autora afirma que el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida.

Para la autora (Stolkiner, 2012) la configuración del campo del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos se caracteriza por:

- La confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática
- La articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión.
- La conceptualización dinámica de los procesos de salud enfermedad, ya no como estados antagónicos sino como procesos de producción-reproducción social.
- La problematización de la salud-enfermedad como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado.
- La ruptura de la reducción biologista mente-cuerpo y de la dualidad

individuo-sociedad.

- La concepción del derecho a la salud comprendida en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado.
- La defensa de la salud como área que debía preservarse de su sometimiento a las leyes de mercado.
- La consideración de la vida y la singularidad en el sentido social y singular.
- El cuestionamiento de la práctica médica centrada en las patologías individuales y la ontología de la enfermedad.
- La consideración de una práctica integral que incorpore la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos individuales logrando una clínica ampliada que requiera de nuevos modos de gestión del trabajo en salud
- La articulación entre especialización e interdisciplinariedad.

Según Stolkiner (2012) existe una estrecha relación entre el campo de la salud mental y la medicina social y la salud colectiva. Las propuestas y los problemas de la salud pública han tenido sus correlatos en los problemas y concepciones de la salud mental. La transformación de los diversos modos de atender la salud mental son concomitantes a las particularidades de los procesos de democratización de las sociedades y sus actores, y también a las reformas de los sistemas de salud. Los distintos dispositivos y las reformas en salud mental aunque tengan algunas semejanzas difieren de acuerdo a la diversidad de los contextos. A modo de ejemplo de las reformas de salud mental menciona:

- La reforma brasileña ligada al movimiento que facilitó la consolidación del Sistema Único de Salud.
- La reforma en Colombia y lo que ha implicado la implementación del modelo bancomundialista en el sistema de salud.
- La reforma en Argentina y la característica de segmentación y fragmentación del sistema sanitario del país con la puja de distintos actores y de distintas alianzas y pactos.

Para ejemplificar el vínculo entre el pensamiento/acción de la medicina social/salud colectiva y el subcampo de la Salud Mental menciona tres ejes, a saber:

- 1) La conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado: Imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general, las prácticas generales de salud no pueden estar focalizadas únicamente en cuerpos biológicos sino que deben atender sujetos singulares en situaciones de padecimiento subjetivo. Desde esta lógica no es posible hablar de enfermedad mental como tampoco una enfermedad orgánica. Es decir, todos los procesos vitales incluso el enfermar y el morir se construyen con determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente. El desplazamiento de la enfermedad a la concepción singular del sujeto permite introducir los conceptos de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo.
- 2) El enfoque de derechos: El desarrollo que diferentes movimientos y organizaciones lograron en América Latina ha permitido que surjan nuevos actores tales como las organizaciones de familiares y usuarios deslizando las fuerzas corporativas y las resistencias a las transformaciones de los actores tradicionales. El enfoque de derechos implica un nuevo ordenamiento jurídico y constituye un elemento primordial en los aspectos técnicos y de la gestión en salud y liga indefectiblemente con la ética en la clínica singular.
- 3) La perspectiva de integralidad en las prácticas: Una clínica ampliada no implica una negación de las especialidades, pero sí la incorporación de procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios.

Esta manera de pensar conceptos tan difíciles, permite una articulación compleja entre el estado-lo social-las políticas de salud. Ya no se trata de conceptos dicotómicos salud-enfermedad sino de la incorporación de la idea de procesos (salud-enfermedad-cuidado). Procesos, que deban tener en cuenta la subjetividad; procesos, que entiendan la salud, como un valor social, bajo una perspectiva de defensa de derechos. Este modo de abordar lo complejo, facilita una mirada de integralidad de las prácticas, facilita la consideración de la dimensión subjetiva. No se trata, entonces, de enfermedad sino del pensar el sujeto en situación de padecimiento,

de darle un lugar como entidad al sufrimiento psíquico, de contraponer la medicalización a los padecimientos subjetivos.

Para Galende (1997) el campo de la salud mental no puede reducirse y ser tratado como sinónimo de enfermedad mental, no puede el padecimiento quedar situado en el escenario individual. El objeto de la salud mental se constituye en un complejo campo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional.

El padecimiento debe abordarse en un sentido amplio, en la trama de relaciones familiares, grupales y sociales, pero con una salvedad: no se trata de miradas reduccionistas que disuelvan la singularidad del padecimiento en el individuo o las vicisitudes históricas en lo social. Se trata más bien de pensar conjuntamente al individuo y a los conjuntos sociales en sus relaciones. De esta manera, entonces, las prácticas asistenciales de salud mental deben pensarse en la situaciones reales de esa persona; y las prácticas e intervenciones comunitarias deben tener en cuenta las interacciones subjetivas e individuales.

Ahora bien, el delimitar el objeto de estudio de la salud mental en las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad implica necesariamente una esfera de tensión continua, de profundo malestar en todas las instituciones atravesadas por las relaciones humanas: la escuela, el estado, la justicia, el sector de salud mental. En esta línea los trabajadores y profesionales de la salud mental deben pensar los padecimientos mentales del individuo en las dinámicas de integración-exclusión social.

Galende (1997) afirma que el paradigma positivo de las enfermedades mentales que debían ser tratadas (encerradas) en los hospitales psiquiátricos mediante la psiquiatrización de los problemas, abrió un nuevo campo pleno de tensiones en nuevos abordajes de los padecimientos, un nuevo escenario del campo de la salud mental que implica:

- a) La inclusión de salud mental en las acciones en salud desde los nuevos criterios de la medicina social. Esto refiere a la comprensión de los procesos salud enfermedad desde una perspectiva social, el aporte por excelencia del

psicoanálisis en la exploración de la subjetividad y la inclusión de los psicoanalistas en las prácticas de salud mental. Obviamente en estas consideraciones de lo social, deben tenerse en cuenta las relaciones de poder que gobiernan la vida social.

- b) La reformulación de los criterios diagnósticos tomando en cuenta criterios de integración sociocomunitarias evitando la estigmatización del enfermo mental. Esto muchas veces genera desconciertos en los profesionales de salud mental en tanto pueden diagnosticar un sufrimiento o una situación vital en donde la intervención atenúa pero el problema persiste.
- c) La modificación de un nomenclador diagnóstico a la noción de riesgo. Toda forma de relación de asistencia expresa un modo de lazo social. La relación terapéutica es una propuesta de un lazo social particular para la atención del malestar de los individuos, un lazo terapéutico antagónico a la primacía psiquiátrica en donde el enfermo era sometido al encierro pasivamente. Ahora bien, no siempre la acción de los profesionales en salud mental es unívoca ya que para asistir el padecimiento se requieren de otras intervenciones develando las dimensiones políticas y sociales que faciliten determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados. Lo intersectorial es ineludible. Solo de esta manera es posible la defensa de los derechos ciudadanos y sociales. Este conjunto de derechos es el núcleo ideológico que fundamenta la noción de riesgo y habilita intervenciones preventivas.

3.2 - De la perspectiva de los derechos humanos: el nuevo paradigma en salud mental

Para el desarrollo de este apartado tomaré los conceptos de Di Nella (2011) quien propone la inclusión de aquello que denomina **lo mental de la salud** en las nuevas políticas públicas.

Argentina en 1948 suscribió la Declaración Universal y en 1994 incorporó a la Constitución Nacional el conjunto de Declaraciones, Tratados y Pactos Internacionales sobre Derechos Humanos que tienen fuerza de ley. Se tratan de normativas genéricas vinculadas a la perspectiva de los derechos humanos.

Di Nella (2011) insiste en la importancia de conocer y aplicar otro conjunto de normativas para incorporar lo mental en salud que requieren un arduo trabajo para ser incluidas en la agenda pública aunque diferentes factores inciden desfavorablemente:

- La influencia de los medios masivos de comunicación social: la peligrosidad asociada al padecimiento mental.
- La inexistencia de estudios epidemiológicos que abarquen grandes estudios poblacionales que den cuenta de estrategias de intervención o la incidencia de las dolencias de salud mental.
- El bajo presupuesto destinado a la problemática de lo mental.

Para superar la causalidad lineal de la salud mental Di Nella (2011) propone la teoría de la complejidad y una necesaria articulación entre tres componentes básicos de la vida social:

- a) La administración de la justicia.
- b) La inclusión del enfoque de derechos desde acciones.
- c) Lo mental de la salud como perspectiva comunitaria ligada a prácticas concretas en la atención primaria de la salud que consoliden estrategias de atención.

El paradigma de la complejidad en tanto política pública en **lo mental de la salud** supone una visión salubrista e integral que debiera incluir aportes concretos de políticas y programas a nivel provincial y municipal del área de salud comunitaria; instancias de comportamientos saludables en niños, adolescentes y jóvenes; reducción

de situaciones de vulnerabilidad psicosocial; coordinación de políticas y abordajes con promoción de la cooperación, la interdisciplinaria, la intersectorialidad, trabajos interuniversitarios e interinstitucionalidad; establecimiento del servicio de intervención mínima (menos restrictivo posible) como eje de las prestaciones institucionales en salud.

El modelo propuesto supone una atención integral, interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial construido a partir de conceptualizaciones sustentadas en la memoria del sanitarismo, el paradigma de la complejidad y el estado de derecho. Todos los sectores son requeridos, todos los sectores deben modificar formas de intervención.

Di Nella (2011) entiende que es un trabajo complejo por ello propone como primer paso una tarea pedagógica general de difusión y reflexión sobre los instrumentos de Derechos Humanos, propone talleres sobre derechos humanos con especial énfasis en el derecho a la salud ya que toda intervención en salud no debiera suspender la ciudadanía plena del sujeto (algo no instalado ni en lo social, ni en lo institucional, ni en lo cultural, ni en lo profesional).

Por último y no menos importante merece destacar el rol que Di Nella (2012) otorga a los profesionales de la salud mental quienes pueden garantizar los derechos del paciente en el plano del padecimiento atendido institucionalmente.

La cultura del respeto por los derechos está a prima facie en los profesionales.

Se trabaja desde una institución y no únicamente en la institución, es decir se trabaja desde la institución con la familia, con el barrio, con la escuela, con acompañamientos terapéuticos.

La asistencia terapéutica es solo un componente de la salud, se deben considerar otros componentes y otros dispositivos alternativos a la institucionalización.

Es posible trabajar desde la salud mental y no solo con la enfermedad mental.

En las relaciones terapéuticas es posible trabajar en una lógica de horizontalidad del saber y del poder, para que algo de la verdad de ese sujeto advenga es necesario respetar las libertades del sujeto, es necesario que pueda brindar su consentimiento,



en qué situación y en qué condiciones se lo está asistiendo.

Concluyendo con lo argumentado por Di Nella (2012) el enfoque de derechos implica una revisión del rol profesional, trabajando en interdisciplina e intersectorialidad.

3.3 - Del paradigma de segregación

El desarrollo teórico de este apartado toma en cuenta el artículo de Biondini (2017) quien articula el concepto de salud mental con el de segregación, señalando los cambios que fueron aconteciendo desde el sistema asilar de Cabred a la promulgación de la LNSM. Según este autor (Biondini, 2017), los procesos de segregación dan cuenta de cómo un sujeto se hace objeto deshecho.

El Dr. Cabred fue un médico psiquiatra y sanitarista argentino quien estableció la primera colonia en América Latina de las denominadas Open Door en la localidad homónima brindando un tratamiento, para los llamados alienados, de puertas abiertas trocando el paradigma de asistencia en salud mental. La Colonia Nacional de Alienados se fundó en 1899, se la conoce como la Colonia Open Door. Fue creada para brindar un tratamiento humanizado a los alienados, sin embargo, con el paso del tiempo, esa lógica manicomial que impulsaba produjo segregación.

El proyecto de Cabred se replicó en Córdoba, Buenos Aires, Santa Fe, Chaco y Río Negro. Nacieron así los hospitales-asilo-colonia que tendrán en Open Door su máxima expresión. La Ley Nacional N° 4953 promulgada el 28 de julio de 1906 auspiciaba la construcción de manicomios.

La Colonia Open Door se inauguró en 1901 utilizando mano de obra proveniente del Hospicio de las Mercedes para realizar tareas de albañiles, de herreros y de carpinteros. El tratamiento desarrollado puertas abiertas incluía vigilancia a cargo de un guardián enfermero en cada villa y un enfermero cada diez internos. La disciplina estaba a cargo del médico que registraba el número de horas de trabajo de los pacientes internados. Se aplicaba el concepto del trabajo en libertad, de esa manera los pacientes fueron ellos mismos quienes construyeron el asilo donde quedaron reclusos y segregados.

Ya ha pasado casi un siglo desde que Cabred impulsara la creación de asilos para brindar asistencia científica y humanitaria a los alienados. De ese proyecto inicial podemos afirmar que se han transformado en instrumentos para perpetuar la segregación del padecimiento mental, desde una lógica que tiene por consecuencia hacer de un sujeto un objeto de desecho de la cultura. Los manicomios son espacios

de desecho que obedecen a la idea de separar a esos sujetos, en la medida que no se logra la transformación de esos sujetos, sujetos cuyo goce particular no es soportado por el Otro.

Biondini (2017) destaca que la LNSM brega por una asistencia de la salud mental que no tenga como principal herramienta la internación y la consecuente segregación que los asilos y manicomios producen.

Naparstek (2006) señala que fueron los nazis los precursores en relación a la segregación. El ghetto, el campo de concentración, el manicomio segregan a los que gozan de una misma forma. Con todas las diferencias que existen con los campos de concentración, los manicomios continúan siendo lugares de desecho.

Marchese (2017) afirma que desde la teoría psicoanalítica la segregación es estructural en los sujetos del lenguaje entonces los lazos sociales replican este postulado. La tendencia al odio y la tendencia a la destrucción del otro es constitutiva en los seres humanos, cuanto más similar se es al otro, mayor es la necesidad de diferenciación. La maldad fundamental que nos habita pone en evidencia la raíz más íntima de lo que se juega en los procesos de segregación.

Según el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2015) el manicomio puede entenderse como una institución social en tanto determina y legitima la construcción histórica de una manera de proceder ante la locura. La lógica manicomial está caracterizada por el control y la segregación. Los hospitales monovalentes son por antonomasia las instituciones rectoras del paradigma manicomial.

4 - Objetivos del trabajo

4.1. Objetivo general

Identificar y analizar los factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la LNSM en las internaciones de salud mental que el SSM realizó en el HRU durante el año 2019 desde la perspectiva de informantes claves.

4.2. Objetivos específicos

1. Analizar y describir el perfil del personal de salud que trabajan en las internaciones en términos sociodemográficos (edad, género, profesión, máximo nivel educativo alcanzado, capacitaciones en materia de salud mental, capacitaciones en materia de derechos humanos, conocimiento de la LNSM, años en el sistema de salud pública de TDF, régimen de dedicación exclusiva, trabajo combinado entre el sistema público y el privado).
2. Describir las acciones que ha implementado el SSM para garantizar derechos de la LNSM.
3. Describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de las personas gestoras.
4. Describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de actores claves.
5. Verificar el cumplimiento normativo de lo que establece la ley en lo concerniente a los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario y las internaciones.
6. Identificar y analizar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657 en el servicio analizado desde la perspectiva del personal de salud, gestores/as y actores claves a partir de una matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

5 - Construcción de evidencias e información para la gestión en salud

A continuación se explicarán las estrategias y se detallarán los procedimientos llevados a cabo para dar respuesta al problema planteado y para alcanzar los objetivos y así dar validez y confiabilidad a la información registrada.

5.1 Metodología

Se realizó un estudio de caso de tipo cuali-cuantitativo.

Para el estudio de caso, se utilizó una descripción evaluativa, de tipo normativa para analizar la implementación de la ley desde la perspectiva de actores claves.

La descripción posibilita estudiar los factores asociados al problema planteado, se trata de un primer nivel de investigación en tanto permite presentar factores pero sin explicarlos de manera causal directa, con lo cual podrá proveer bases para posteriores estudios.

Las entrevistas realizadas a los actores claves, permiten comprender los significados desde la perspectiva de quienes vivencian las principales problemáticas.

Hernández Sampieri (Hernández Sampieri et al, 2014) señala que este tipo de estudios permite obtener una mirada más completa de un fenómeno. El estudio realizado no busca la representatividad estadística, sino que se constituye en un estudio de caso de tipo instrumental, para analizar y describir los factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la LNSM en las internaciones que realizó el SSM en el HRU durante el año 2019.

Se triangularon fuentes de información (primaria y secundaria). Como fuente primaria se utilizaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves. Las entrevistas fueron realizadas individualmente y se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada. Se elaboró un guión de entrevista. ([ANEXO 9](#))

También se realizaron entrevistas a informantes clave que intervienen en el proceso de las internaciones en salud mental de manera presencial, utilizando una guía de entrevistas para grupos focales ([ANEXO 10](#))

En todos los casos se realizaron transcripciones íntegras de la información proporcionada.

La información cualitativa se analizó a partir del método de análisis temático. La unidad de análisis fue detallada en cada una de las técnicas seleccionadas. Cada persona que participó debió prestar su consentimiento informado. ([ANEXO 22](#))

También se utilizaron fuentes secundarias: informes elaborados por el SSM (proyectos, formularios, protocolo, material de capacitaciones, flujograma) material de ateneos y se realizó una revisión documental y bibliográfica.

Es un estudio transversal en tanto se estudian las variables en un determinado momento tomando como corte el año 2019.

5.2 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Grilla de caracterización para analizar el perfil del personal de salud ([ANEXO 8](#))
- Guía de Entrevista para la Secretaría de Salud Mental ([ANEXO 9](#))
- Guía de Grupos Focales ([ANEXO 10](#))
- Grilla de Verificación Normativa ([ANEXO 11](#))
- Registro de Observación Participante ([ANEXO 12](#))
- Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas) ([ANEXO 13](#))

El siguiente cuadro permite especificar los actores claves que participan de esta investigación detallando las acciones que cada uno realiza y los instrumentos que se utilizaron para dar cuenta de los objetivos de esta investigación.

TÍTULO: Selección de técnicas acorde a actores claves y objetivos

ACTORES	ACCIONES	INSTRUMENTOS	OBJETIVOS
Profesionales del SSM	Evaluaciones interdisciplinarias e indicación de internaciones	Grilla de caracterización Grilla de verificación normativa FODA Fuentes secundarias	Analizar y describir el perfil del personal de salud Verificar el cumplimiento normativo de lo que establece la ley en lo concerniente a los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario y las internaciones Analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la LNSM en el servicio analizado desde la perspectiva del personal de salud desde matriz FODA Describir las acciones implementadas por el SSM para garantizar derechos de la LNSM
Enfermería	Supervisión continua de pacientes internados	Grilla de caracterización Grilla de verificación normativa FODA	Analizar y describir el perfil del personal de salud Verificar el cumplimiento normativo de lo que establece la ley en lo concerniente a los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario y las internaciones Analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la LNSM en el servicio analizado desde la perspectiva del personal de salud desde matriz FODA
Secretaría de Salud Mental	Determina las políticas públicas	Guía de entrevista FODA	Describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de los gestores Analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657 en el servicio analizado desde la perspectiva de los gestores desde matriz FODA
Órgano de Revisión	Fiscaliza el cumplimiento de la LNSM	Guía de grupos focales FODA	Describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de actores claves Analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657 en el servicio analizado desde la perspectiva de actores claves desde matriz FODA
Ámbito judicial	Seguimiento de Internaciones según lo establecido por la LNSM	Guía de grupos focales FODA	Describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de actores claves Analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657 en el servicio analizado desde la perspectiva de actores claves desde matriz FODA

Fuente: Elaboración propia

A continuación se describen cada una de las técnicas seleccionadas

GRILLA DE CARACTERIZACIÓN PARA ANALIZAR EL PERFIL DEL PERSONAL DE SALUD (ANEXO 8)

Fuente primaria de elaboración propia. Se construyó para analizar y describir el perfil del personal de salud que trabaja en las internaciones de salud mental del HRU. Existe la posibilidad individual de agregar comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la LNSM en las internaciones de salud mental en el HRU. Se entregó a cada uno de los participantes el [ANEXO 8](#).

Población: Profesionales del equipo de salud mental que indican las internaciones y profesionales de enfermería que trabajan en la internación de los pacientes internados en salud mental.

Muestra: Conformada por todos los profesionales del SSM y todos los profesionales de enfermería que trabajan en las internaciones de salud mental

Unidad de análisis: Cada uno de los profesionales que integran el SSM y cada uno de los enfermeros que durante el año 2019 trabajó en la internación de salud mental.

Criterio de inclusión: Todos los profesionales SSM y todos los enfermeros que trabajan en la internación de salud mental que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterio de exclusión: No participarán los profesionales del SSM y los enfermeros que trabajan en la internación que no hayan brindado su consentimiento para participar de la investigación.

Operacionalización de variables y categorías: se detallan a continuación

Variables	Definición y Operacionalización de las variables
Profesión	Se tiene en cuenta el título profesional habilitante (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermero)
Edad	Edad que informan los entrevistados/os
Género	Se toma la identidad autopercebida (Mujer, varón, no binario/e/a)
Máximo nivel educativo alcanzado	Lo que refiere el entrevistado
Capacitaciones en salud mental	Sí ha realizado/ no ha realizado
Capacitaciones en materia de derechos humanos	Sí ha realizado/ no ha realizado
Conoce la LNSM	Sí la conoce/ no la conoce
Tuvo oportunidad de leer la LNSM	Sí la leyó/ no la leyó
Recibió alguna capacitación de la LNSM	Sí recibió/ no recibió
Modalidad contractual	Planta permanente/contrato
¿Trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva?	Sí trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva no trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva
¿Trabaja en el ámbito privado?	Sí trabaja en el ámbito privado no trabaja en el ámbito privado
Años en el sistema de salud pública en TDF	La cantidad de años en el sistema de salud pública de TDF que refiere el entrevistado

Plan de análisis de datos: se registraron todas las respuestas de cada participante en una planilla de excel y luego se operacionalizaron las variables realizando la sumatoria en los casos que correspondía (capacitaciones en salud mental, capacitaciones en materia de derechos humanos, si conoce la LNSM, si leyó la LNSM, si recibió alguna capacitación de la LNSM, si trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva, si trabaja en el ámbito privado) y completando los campos con la información solicitada (profesión, edad, género, máximo nivel educativo alcanzado, modalidad contractual, años en el sistema de salud pública de TDF).

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA SECRETARÍA DE SALUD MENTAL (ANEXO 9)

Fuente primaria de elaboración propia. Se realizó una entrevista semiestructurada al Secretario Provincial de Salud Mental y a la Directora Provincial de Salud Mental previa firma del consentimiento informado. Cumple con el objetivo de describir las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de los gestores y establece preguntas para la construcción de la matriz FODA. La entrevista se acordó por teléfono y se realizó de manera presencial, se registraron por escrito las respuestas. Todas las variables y categorías analizadas fueron las siguientes:

FACTORES QUE FACILITARON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

FACTORES QUE DIFICULTARON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

FORTALEZAS DE LA GESTIÓN

DEBILIDADES DE LA GESTIÓN

AMENAZAS DEL CONTEXTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

OPORTUNIDADES DEL CONTEXTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Plan de análisis de datos: En día y horario que se convino se realizó una única entrevista a los dos participantes. Se registraron de manera escrita todas las respuestas. Luego las respuestas fueron analizadas desarrollando los siguientes temas:

1. Dispositivos alternativos a la internación
2. Recursos humanos
3. Creación de Programas
4. Trabajo en Redes
5. Capacitación
6. Registros epidemiológicos
7. Incremento de recursos económicos
8. Derivaciones

GUIA DE GRUPOS FOCALES (ANEXO 10)

Fuente primaria de elaboración propia. Se construyó para recolectar datos sobre la LNSM en relación a las internaciones de SM, para registrar la interacción de los participantes, para poder ampliar el significado de los datos, para registrar las opiniones y actitudes de los participantes, para recabar información para la construcción de una matriz FODA y para describir la acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de actores claves. Se programó realizar Registros de Observación Participante en cada uno de los grupos. (ANEXO 12)

Se programaron realizar tres grupos focales con diferentes poblaciones.

Población:

- Primer grupo focal: integrantes del Órgano de Revisión
- Segundo grupo focal: integrado por el juez y los secretarios del Juzgado N° 1 de Familia y Minoridad Zona Sur
- Tercer grupo focal: integrado por el juez y los secretarios del Juzgado N° 2 de Familia y Minoridad Zona Sur

Muestra programada:

- Primer grupo focal: un representante de la Secretaría de Derechos Humanos que ejerce la presidencia, un representante del Ministerio de Salud, un representante del Ministerio Público de la Defensa del Poder Judicial, una representante de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, un representante de asociaciones profesionales y otros trabajadores de la salud, un representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de derechos humanos.

Criterio de inclusión: todos los integrantes del Órgano de Revisión que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterio de exclusión: no participaron los integrantes del Órgano de Revisión que no brindaron su consentimiento para participar de la investigación.

- Segundo grupo focal: integrado por un juez, una abogada a cargo de la secretaría de familia, una abogada a cargo de la prosecretaría de familia, una abogada a cargo de la secretaría de minoridad

Criterio de inclusión: todos los integrantes del del Juzgado N° 1 que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterio de exclusión: no participarán los integrantes del del Juzgado N° 1 que no hayan brindado su consentimiento para participar de la investigación.

- Tercer grupo focal: integrado por un juez, una abogada a cargo de la secretaría de familia, una abogada a cargo de la secretaría de minoridad, un abogado a cargo de la prosecretaría de minoridad.

Criterio de inclusión: todos los integrantes del del Juzgado N° 2 que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterio de exclusión: no participarán los integrantes del del Juzgado N° 2 que no hayan brindado su consentimiento para participar de la investigación.

Operacionalización de variables y categorías:

- Primer grupo focal: se formularon las siguientes preguntas para el Órgano de Revisión:

¿Cómo se encuentra conformado el Órgano de Revisión?

¿Cuáles son las principales tareas que el Órgano de Revisión desarrolla? Existe un reglamento interno?

¿Han apelado las decisiones de jueces en internaciones prolongadas?

¿Han realizado recomendaciones a la Autoridad de Aplicación?

¿Todos los integrantes del Órgano de Revisión conocen y han leído la LNSM?

¿Conocen las instalaciones de la internación en salud mental del HRU?

¿El Órgano de Revisión realiza supervisión periódica de las condiciones de las internaciones involuntarias o prolongadas?

¿Se cumplen los derechos de las personas internadas con padecimiento mental en el HRU?

¿Reciben notificación de las internaciones involuntarias y/o prolongadas?

¿En internaciones por causas sociales el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión?

En los casos de internaciones de 90 días el Órgano de Revisión ¿qué procedimiento aplica?

¿Han recibido informes del servicio de salud mental sobre irregularidades o situaciones en donde no se cumplen los derechos de las personas internadas o sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento?

¿Qué aspectos considera que mejorarían la atención de las personas en las internaciones en salud mental en el HRU?

¿Cuáles son las principales FORTALEZAS ?

¿Cuáles son las principales OPORTUNIDADES?

¿Cuáles son las principales DEBILIDADES?

¿Cuáles son las principales AMENAZAS?

Comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la Ley de Salud Mental en las internaciones de salud mental en el HRU:

- Segundo y Tercer Grupo Focal: se programaron las siguientes preguntas para trabajar con los juzgados de Familia y Minoridad

En caso que la prolongación de una internación sea por problemática de orden social, ¿el juez ordena al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos?

En internaciones por causas sociales ¿el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión?

¿Se ha ordenado al Órgano de Revisión que designe un equipo interdisciplinario para obtener una nueva evaluación en casos de internaciones de más de noventa días?

¿Qué aspectos consideran que mejorarían la atención de las personas en las internaciones en salud mental en el HRU?

¿Cuáles son las principales FORTALEZAS?

¿Cuáles son las principales OPORTUNIDADES?

¿Cuáles son las principales DEBILIDADES?

¿Cuáles son las principales AMENAZAS?

Comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la Ley de Salud Mental en las internaciones de salud mental en el HRU:

Plan de análisis de datos:

- Para el primer grupo focal: En día y horario que se convino se realizó una única entrevista a los dos participantes. Se registraron de manera escrita todas las respuestas. Luego las respuestas fueron analizadas desarrollando los siguientes temas de acuerdo a la información obtenida:

1. Estructura orgánica del Órgano de Revisión
2. Solicitud de información
3. Evaluaciones de las internaciones involuntarias
4. Derivaciones
5. Observaciones acerca del accionar judicial
6. Recomendaciones a la Autoridad de Aplicación
7. Derechos Humanos

- Para el Segundo y Tercer Grupo Focal con los Juzgados de Familia y Minoridad N° 1 y 2: Como se explicará en el apartado de Resultados y Análisis no fue posible trabajar con los juzgados con lo cual no se pudo elaborar un plan de análisis de datos.

GRILLA DE VERIFICACIÓN NORMATIVA: (ANEXO 11)

Fuente primaria de elaboración propia. Se construyó siguiendo los apartados de la LNSM relacionados con los objetivos de este trabajo. La finalidad de la grilla de verificación es identificar y describir los factores que facilitan y dificultan la implementación de la LNSM desde la perspectiva del personal de salud que trabaja en las internaciones de salud mental. Se realizó una planilla de excel, se invitó a cada uno de los participantes de manera personal, en esa oportunidad se entregó para firmar el consentimiento informado, se realizaron las preguntas de la grilla de manera presencial con cada uno de los participantes y en ese mismo momento se registraban las respuestas. Se agregó una columna para observaciones de los participantes de la muestra.

Población: profesionales del equipo de salud mental que realizan las internaciones y profesionales de enfermería que trabajan en la internación de los pacientes internados.

Muestra: conformada por todos los profesionales del SSM y todos los profesionales de enfermería que trabajan en las internaciones de SM, en total se entrevistaron 22 profesionales. Del SSM participaron: cinco psiquiatras, una trabajadora social y seis psicólogos. Del sector de enfermería participaron diez enfermeros.

Unidad de análisis: se detallarán según los criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: todos los profesionales del servicio de salud mental y todos los enfermeros que trabajan en la internación de salud mental que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterio de exclusión: no participarán los profesionales del servicio de salud mental y los enfermeros que trabajan en la internación que no hayan brindado su consentimiento para participar de la investigación.

Operacionalización de variables y categorías: Para la definición de las variables se sigue la conceptualización normativa. Se tomaron las siguientes variables ([ANEXO 11](#)):

- derechos de las personas con padecimiento mental: capítulo IV de la LNSM
- modalidad de abordaje: capítulo V de la LNSM
- equipo interdisciplinario: capítulo VI de la LNSM
- internaciones en salud mental: capítulo VII de la LNSM

Las variables se operacionalizaron en tres columnas: si (se cumple), no (no se cumple) y observaciones (cada entrevistado pudo realizar las observaciones que consideró necesarias)

Plan de análisis de datos: La grilla de verificación normativa, las entrevistas, la matriz FODA y los grupos focales fueron analizados a partir del método de análisis temático, se encontraron patrones en común y diferencias en las respuestas de las personas entrevistadas que se presentan sistemáticamente.

Las variables cuantitativas fueron analizadas utilizando herramientas de las estadísticas descriptivas.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE: (ANEXO 12)

Fuente primaria de elaboración propia. Se trata de una estrategia para reunir datos y obtener información en donde el observador está inmerso en el escenario (Mayan, 2001), permite revelar datos que de otra forma no están disponibles.

Se implementó el registro de observación participante con notas de campo para tratar de anotar lo que se observa (comentarios, reflexiones, puntos a recordar, conductas no verbales, impresiones del investigador).

MATRIZ FODA (ANEXO 13)

Fuente primaria de elaboración propia. Es una herramienta que permite, de manera objetiva, sencilla y práctica, analizar factores y realizar diagnósticos en organizaciones laborales (Ponce Talancon, 2007). La información la proveen los actores involucrados y se orienta al análisis y resolución de problemas (García López, 2013). Dentro de la organización identifica fortalezas y debilidades; fuera de la organización identifica oportunidades y amenazas.

Entonces, dentro de la organización se identifican las fortalezas y las debilidades. Las fortalezas se refieren a aspectos que se desarrollan de manera correcta, habilidades y capacidades del personal, recursos actuales que la organización considera valiosos, recursos con los que se cuenta para lograr objetivos. Las debilidades se refieren a aspectos que se desarrollan de manera deficiente, factores que hacen vulnerable a la organización.

Fuera de la organización se identifican las oportunidades y las amenazas. O sea en el contexto externo y refiere a factores del ambiente que inciden en la organización como pueden ser los de tipo económico, político, social, tecnológico, etcétera. Las oportunidades se refieren a aspectos que no controla la organización pero que permiten crecimiento y mejoras, opciones favorables que ofrece el medio. Las amenazas se refieren a aspectos fuera de la organización que representan fuerzas o

aspectos negativos o potenciales problemas, son los riesgos a los cuales hay que enfrentarse.

Una matriz FODA puede constituirse en el eslabón primario de un plan estratégico realizando diferentes matrices que exceden el objetivo de este trabajo.

En el caso de este estudio se realizó un análisis a partir de la mirada de los informantes claves. El siguiente cuadro especifica cómo se administró la técnica, el objetivo es analizar y evaluar los factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657 en el servicio analizado desde diferentes perspectivas: personal de salud, gestores y actores claves:

Título: cuadro que detalla la administración de la matriz FODA

ACTORES CLAVES	MODALIDAD	ADMINISTRACIÓN	Cuando y donde	Criterios de inclusión y exclusión
Profesionales del SSM y profesionales de enfermería (personal de salud)	Individual y presencial	Se completó la planilla de excel que armó la entrevistadora de la matriz FODA (ANEXO 13) leyendo y explicando cada uno de los puntos, se registraron todas las respuestas y todas las observaciones	Se coordinó con cada profesional de manera individual el día y la hora. Junto con la matriz FODA se relevó la información para la GRILLA DE CARACTERIZACIÓN PARA ANALIZAR EL PERFIL DEL PERSONAL DE SALUD (ANEXO 8)	Los mismos que se utilizaron para la GRILLA DE CARACTERIZACIÓN PARA ANALIZAR EL PERFIL DEL PERSONAL DE SALUD (ANEXO 8)
Secretaría de Salud Mental (gestores)	Individual y presencial	Forma parte de la entrevista de la GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA SECRETARÍA DE SALUD MENTAL (ANEXO 9)	El lugar elegido fue el edificio del Ministerio de Salud	Se entrevistó al Secretario de Salud Mental y a la Directora de Salud Mental
Órgano de Revisión y Ámbito judicial (actores claves)	Grupal y presencial 1º grupo: Órgano de Revisión 2º grupo: integrantes del Juzgado N° 1 3º grupo: integrantes del Juzgado N° 2	Se administra conjuntamente con la GUÍA DE GRUPOS FOCALES (ANEXO 10)	Solo se pudo realizar el Grupo Focal con el Órgano de Revisión. El lugar elegido fue la Escuela Judicial en el Edificio de Tribunales	Los mismos que se utilizaron y se encuentran detallados en los tres grupos de la GUÍA DE GRUPOS FOCALES (ANEXO 10)

Fuente: Elaboración propia

Plan de análisis de datos de la matriz FODA: Fueron analizados a partir del método de análisis temático diferenciando las respuestas por actores claves.

6.- Resultados y Análisis

Se presentarán los datos recolectados para cada uno de los objetivos propuestos con el consecuente análisis de contenido. Cabe destacar que en las investigaciones cualitativas el análisis de los datos es simultáneo con el trabajo de campo, permitiendo reordenar el trabajo de campo en función de la información que se va recolectando.

6.1. Análisis y descripción del perfil del personal de salud

Se utilizó la Grilla de Caracterización para analizar el perfil del personal de salud.

Se relevó que en la sala de internación en el período seleccionado trabajaron diez enfermeros, siete psicólogos, cinco psiquiatras y una trabajadora social. Se entrevistaron 22 personas.

Respecto de los estudios cursados los enfermeros tienen diferentes títulos y estudios académicos relacionados: un auxiliar en enfermería tiene el secundario completo; cuatro enfermeros profesionales con estudios terciarios completos; un técnico superior en enfermería con estudios terciarios completos y cuatro licenciados en enfermería con estudios universitarios completos. Ninguno ha completado estudios de posgrados.

Los cinco psiquiatras tienen estudios de posgrados completos y título de especialistas. El máximo nivel educativo alcanzado de los psicólogos y la trabajadora social es universitario completo (ninguno tiene estudios de posgrado completos).

Las edades que oscilan entre los diferentes profesionales son las siguientes: enfermeros entre 28 y 65 años, los psicólogos entre 34 y 56 años, los psiquiatras entre 38 y 46 años y la trabajadora social tiene 55 años.

Del total de la muestra 17 personas se identifican con el género femenino, 4 con el género masculino y una persona prefirió no contestar esa pregunta.

Todos los profesionales entrevistados trabajan en planta permanente. Los psiquiatras, los psicólogos y el trabajador social trabajan bajo el régimen de dedicación exclusiva

motivo por el cual no pueden trabajar en el ámbito privado. Ningún profesional de enfermería trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva, sólo dos de ellos también trabajan en el ámbito privado.

Todos los psiquiatras, los psicólogos y el trabajador social recibieron capacitación en salud mental y en materia de derechos humanos, todos conocen y han leído la LNSM y todos recibieron alguna capacitación de la ley.

Respecto del personal de enfermería y considerando la totalidad de la muestra integrada por 10 personas, las respuestas son más variables:

- 4 no recibieron capacitación en temas de salud mental
- 7 nunca recibieron capacitación en materia de derechos humanos
- 9 nunca recibieron capacitación de la LNSM
- 2 enfermeros no conocen la LNSM
- 2 enfermeros nunca leyeron la LNSM

Hasta aquí todos los datos obtenidos de la grilla de caracterización para analizar el perfil del personal de salud que trabaja en la internación de salud mental.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En Ushuaia, las internaciones en salud mental se realizan en un hospital general tal como lo establece la ley. Existe personal de salud específico para la tarea y todos ellos forman parte de la planta permanente. Sin embargo y pese a realizarse un trabajo interdisciplinario no todos los trabajadores tienen formación y conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental:

- Todos los integrantes del SSM (psicólogos, psiquiatras y trabajador social) tienen formación en una perspectiva de derechos.
- Los enfermeros (que orgánicamente dependen del Departamento de Enfermería) en su mayoría no recibieron capacitación en materia de derechos humanos ni capacitación específica de la LNSM.

En relación a la formación académica resulta llamativo que no exista en la currícula de enfermería ninguna materia relacionada con salud mental ni con los derechos humanos.

Claro está, que al existir dos enfermeros que ni siquiera conocen la ley, tampoco existe a nivel institucional capacitación específica en la materia. Tampoco es prioridad de la autoridad de aplicación local lo establecido en el art. 29 de la LNSM: “debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema”.

6.2. Acciones que se implementaron en el SSM para garantizar derechos

En este apartado se presentan las principales intervenciones realizadas en el SSM del HRU que dan cuenta del trabajo realizado desde una perspectiva de derechos.

Las mismas pueden categorizarse en las siguientes acciones:

1. Protocolo de internación del SSM en vigencia de la ley 22914 que fuera derogada por la LNSM. ([ANEXO 14](#))
2. Ateneos de lectura de marcos regulatorios.
3. Ateneos realizados durante el año 2009 para consensuar la modalidad operativa de la internación. ([ANEXO 15](#))
4. Capacitación en SM destinado al personal de enfermería y equipos de salud. ([ANEXO 16](#))
5. Curso de actualización en Salud Mental en el marco de la Ley 26657 bajo modalidad virtual en el Campus de Salud Pública de la OPS/OMS. ([ANEXO 17](#))
6. Formularios de internación de acuerdo a lo estipulado en el capítulo 7 de la LNSM. ([ANEXO 18](#))
7. Flujograma en concordancia con las áreas administrativas intervinientes. ([ANEXO 19](#))
8. Protocolo de contención mecánica, material de ateneo y hoja de registro de control de variables. ([ANEXO 6](#))
9. Incorporación de los formularios de las internaciones involuntarias a la historia clínica digital. ([ANEXO 20](#)).
10. Capacitación de la LNSM para los acompañantes terapéuticos con modalidad taller organizada por la Asociación Acompañantes Terapéuticos Fueguinos Unidos ([ANEXO 21](#))
11. Actividad de docencia

A continuación se detallarán las diferentes categorías anteriormente mencionadas:

1. **Protocolo de internación del SSM en vigencia de la ley 22914 (derogada por la LNSM).** Este documento demuestra que previo a la ley actual el SSM

estableció algunas modalidades de trabajo en una perspectiva de derecho en lo concerniente a las internaciones en salud mental. (ANEXO 14).

Se mencionan aspectos relacionados con:

- Internaciones de salud mental en un hospital genera.l
- Valoraciones desde una perspectiva de los derechos humanos.
- Derechos de los pacientes internados.
- Dificultades en las derivaciones y traslados, altos costos asociados.
- Importancia del trabajo con las familias.
- Carencia en TDF de dispositivos alternativos a la internación.
- Desencuentros entre los discursos jurídicos y los psicológicos - psiquiátricos que ocasionan demoras en las altas de pacientes (la ley 22914 disponía que las altas en las internaciones involuntarias era incumbencia exclusiva de los jueces).
- Importancia de un abordaje singular para cada uno de los pacientes internados.
- Buenas prácticas en salud mental acordes a los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.
- Trabajo interdisciplinario e interinstitucional.
- La internación de SM no puede funcionar como un mecanismo de control social.
- No se pueden realizar internaciones por causas sociales.
- La internación en SM debe considerarse como el último recurso terapéutico y debe ser lo más breve posible y lo menos restrictiva que se pueda.
- Importancia de la firma de un consentimiento informado.
- Importancia de una segunda valoración profesional en el caso de las internaciones involuntarias.

2. **Ateneos de lectura de marcos regulatorios:** durante el año 2009 se realizaron ateneos de lectura en el SSM los días jueves en el horario de 14:00 a 16:00 en

donde participaron todos los profesionales de SM. Se realizaron para conocer en detalle los derechos de las personas con padecimiento mental (capítulo IV de la LNSM), la Declaración de Caracas, los principios de Brasilia, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Todo este material fue compilado en una carpeta y entregado a cada uno de los integrantes del SSM. En esos ateneos se compartió la lectura minuciosa del material. De esta manera todo el SSM se capacitó en los marcos regulatorios en una perspectiva de defensa de derechos.

3. **Ateneos realizados durante el año 2009 para consensuar la modalidad operativa de la internación.** Se trabajaron aspectos relacionados al secreto profesional, errores más comunes profesionales que se cometen en las historias clínicas, internaciones de niños y adolescentes, importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje de los pacientes internados, criterios de internación. Todos esos ateneos permitieron que el SSM pudiera consensuar la modalidad operativa de la internación y se establecieron las planillas que se usarían en la historia clínica papel para ingreso, para la evaluación semiológica, para la intervención social y para la intervención terapéutica ocupacional. (ANEXO 15)
4. **Capacitación en SM destinado al personal de enfermería y equipos de salud.** La capacitación en SM destinada al personal de enfermería y equipos de salud fue organizada por el SSM previa a la LNSM. Se presentó el proyecto al área de capacitación. Todos los profesionales de SM estuvieron a cargo del dictado de las diferentes unidades. Fue una actividad con examen final en donde los enfermeros tenían que presentar una monografía escrita dando cuenta de los conocimientos aprendidos. Se logró una participación activa de los enfermeros, compromiso en la lectura y cambios en la modalidad vincular con los pacientes. Esto permitió que varios enfermeros generaran espacios recreativos en la internación tales como taller de tejido, manicuría y de juegos de mesa. (ANEXO 16)
5. **Curso de actualización en Salud Mental en el marco de la Ley 26657 bajo**

modalidad virtual en el Campus de Salud Pública de la OPS/OMS.

Capacitación al Jefe del SSM y a una profesional del equipo de salud mental. Ambos profesionales luego replicaron en ateneos los conocimientos adquiridos al SSM. ([ANEXO 17](#))

6. **Formularios de internación de acuerdo a lo estipulado en el capítulo 7 de la LNSM.** Se trata de la protocolización de todos los formularios de internaciones voluntarias e involuntarias consensuados interinstitucionalmente. Luego de la sanción de la LNSM, el SSM organizó varias reuniones de trabajo intersectorial con los ministerios de seguridad, salud, defensoría y juzgados de familia y minoridad donde cada institución estableció el alcance de las modificaciones que establecía la ley. Allí se armaron mesas de trabajo para protocolizar las acciones. Estos formularios conformaron el marco metodológico para completar la historia clínica papel y todas las actuaciones conforme a lo dispuesto en el capítulo VII de la Ley 26657. Se facilitaron los contactos informales a través de los contactos particulares telefónicos de los diferentes actores ([ANEXO 18](#))
7. **Flujograma en concordancia con las áreas administrativas intervinientes.** Se realizó el flujograma de las internaciones voluntarias e involuntarias contemplando los circuitos administrativos de las internaciones. Se aprovechó esa oportunidad para capacitar a las áreas administrativas intervinientes (secretaría de sala, admisión y egresos, sector judicial) respecto de los ejes fundamentales de la LNSM. Se logró mayor compromiso del área administrativa para solucionar problemas diarios. ([ANEXO 19](#))
8. **Protocolo de contención mecánica, material de ateneo y hoja de registro de control de variables.** Se contactó por teléfono y por mail a la Dirección Nacional de Salud Mental para obtener información al respecto. Se realizó un ateneo con material que proporcionó la Dirección Nacional de Salud Mental, se confeccionó un powerpoint y se consensuó con enfermería el protocolo de las sujeciones mecánicas para casos de excitación psicomotriz. Como resultado de esto algunos enfermeros confeccionaron un material de sujeción más adecuado a la normativa y se dejaron de usar las sábanas para la sujeción. ([ANEXO 6](#))

9. **Incorporación de los formularios de las internaciones involuntarias a la historia clínica digital.** Se realizaron mesas de trabajo con el Área de Sistemas del HRU para la incorporación de los formularios de la internación a la historia clínica digital. Con esto se logró que toda la comunicación formal con los juzgados formara parte de la historia clínica digital. ([ANEXO 20](#))
10. **Capacitación de la LNSM para los acompañantes terapéuticos con modalidad taller organizada por la Asociación Acompañantes Terapéuticos Fieguinos Unidos.** El SSM mantuvo reuniones sistemáticas con esa asociación para trabajar temas relacionados a salud mental y surgió la invitación a desarrollar esta capacitación. La continuidad de esas reuniones facilitó sostener estrategias terapéuticas conjuntas con los acompañantes terapéuticos y la revalorización de esa función. Se pudieron trabajar muchos prejuicios estigmatizantes. ([ANEXO 21](#))
11. **Actividad de docencia:** Desde el año 2016 se han incorporado temas relacionados con salud mental en el proceso de formación de los residentes de medicina general y la capacitación a cargo del SSM. Se realiza una clase por mes, con lo cual durante los tres años que dura la residencia, los médicos residentes reciben capacitación específica en materia de salud mental y derechos humanos. Esto facilita el abordaje que realizan los médicos residentes en los CAPS en materia de salud mental, el vínculo con los pacientes y el afianzamiento del trabajo interdisciplinario en el primer nivel de atención.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se registran antecedentes de trabajo en una perspectiva de derecho anterior a la implementación de la ley.

Existe un interés en formalizar y legitimar buenas prácticas.

Se evidencia un activo interés de los profesionales del SSM en brindar capacitación en una perspectiva de derechos a distintos actores (enfermeros, administrativos,

acompañantes terapéuticos) que evitan la estigmatización del padecimiento mental. No se registra continuidad en las actividades de capacitación.

Existe una preocupación por formalizar los circuitos administrativos que faciliten las comunicaciones intra e interinstitucionales.

Se realizan reuniones de trabajo con actores implicados.

Se trabaja sobre la singularidad de los pacientes y desde un abordaje familiar.

Los profesionales elaboran documentos para que las internaciones no sean utilizadas como un mecanismo de control social y se pronuncian para que la internación en salud mental sea considerada el último recurso terapéutico, para que sea breve y lo menos restrictiva que se pueda.

6.3. Acciones desarrolladas para fortalecer la implementación de la LNSM. Perspectiva de gestores

De las entrevistas realizadas con el Secretario de Salud Mental y Adicciones y la Directora Provincial de Redes Integradas en Salud Mental se describen las siguientes acciones referidas para fortalecer la implementación de la LNSM.

Las mismas pueden categorizarse en las siguientes acciones:

1. Dispositivos alternativos a la internación: Presentación del dispositivo de inclusión habitacional, se realizaron gestiones con Desarrollo Humano para facilitar el acceso a la vivienda.
2. Recursos humanos: Incorporación de psiquiatras y psicólogos en Atención Primaria en Salud.
3. Creación de Programas: Programa Provincial de Abordaje de la Problemática del Suicidio, Programa Provincial de Prevención y Contención Social del Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, Programa Provincial Acceso a Derechos en Salud Mental de Poblaciones Vulnerables, Programa Redes de Salud Mental Comunitaria en APS en Ushuaia y el Programa de Redes en Salud Mental Comunitaria en Tolhuin.
4. Trabajo en Redes: Se trabaja conjuntamente con el área de educación para la finalización de los estudios primarios y secundarios de los usuarios en SM. Con el Órgano de Revisión se está trabajando para realizar campañas de difusión de problemáticas y temas relacionados con la salud mental. No se trabaja con las universidades para que la formación de los profesionales sean acordes con los principios de la LNSM. Con el área de trabajo hay mayores dificultades para concretar acciones de inclusión laboral.
5. Capacitación: Se realiza de manera sectorizada incluyendo capacitación en salud mental para los agentes sanitarios y operadores de salud mental, no incluye a la totalidad de los integrantes de los equipos de salud. No se realizan tareas para la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías

reconocidos y las responsabilidades establecidas en la LNSM. Se está trabajando para implementar la Carrera de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico.

6. Registros Epidemiológicos: Se creó el observatorio de vigilancia de pacientes, se trabaja en conjunto con el Sedronar y con Nación.
7. Incremento de recursos económicos: Se presentó el proyecto en Legislatura Provincial para ampliar y triplicar el presupuesto de salud mental.
8. De las derivaciones: El Servicio de Salud Mental en Ushuaia no realiza tantas derivaciones. El problema con las derivaciones lo constituyen los efectores del ámbito privado principalmente porque no tienen articulación con dispositivos y servicios que el sistema público ofrece. La solución más fácil del sector privado es la derivación.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La carencia de un Plan de Salud Mental Provincial ha impedido la coherencia en la continuidad de las líneas de acción en las diferentes gestiones políticas. No obstante, se ha iniciado un importante camino en la elaboración de nuevos programas provinciales.

Por primera vez desde la implementación de la ley existe la preocupación por incrementar el recurso económico para salud mental: de allí la importante gestión iniciada con la Legislatura Provincial. Esto facilitará la creación de dispositivos alternativos a la internación.

La incorporación de recursos humanos (psicólogos y psiquiatras) ha sido solicitada sólo para el primer nivel de atención en los CAPS, no incluye el segundo nivel de atención.

Resulta llamativo que los gestores no conozcan ni la dinámica de trabajo de la internación ni, incluso, las instalaciones de la internación en el HRU.



Si bien existe un trabajo en redes en áreas de educación y en acciones conjuntas con el Órgano de Revisión para la difusión de temas en salud mental, no se desarrollaron acciones para la inclusión laboral, tampoco se ha considerado necesario que todo el personal de salud conozca la perspectiva de derecho de la LNSM.

6.4. Acciones que se implementaron para fortalecer la LNSM. Perspectiva de actores clave

La intención de la autora era realizar tres grupos focales: uno con los integrantes del Órgano de Revisión y dos grupos focales con los integrantes de los dos juzgados de familia y minoridad. Luego del incendio del HRU iniciado por un paciente **internado por orden judicial** en el sector de internación de salud mental ambos jueces se excusaron en sendas comunicaciones telefónicas y decidieron no participar de esta investigación.

Por tal motivo solo se describen a continuación las acciones implementadas por el Órgano de Revisión:

1. Estructura orgánica del Órgano de Revisión: Se encuentra conformado tal como lo establece el Decreto Reglamentario de la LNSM. Esta manera de funcionar facilita el abordaje interdisciplinario. Se ha logrado una continuidad de las líneas de trabajo conservando una mirada técnica más allá de los cambios en las gestiones políticas y de los actores que lo han ido conformando. Como aspecto negativo se menciona que la conformación heterogénea, las distancias, los escasos recursos económicos dificultan los encuentros semanales. Se destaca la buena voluntad de los integrantes para sortear estas dificultades.
2. Solicitud de información: Se realiza mayoritariamente a las entidades públicas, no existen intervenciones en entidades privadas que permitan evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
3. Evaluaciones de las internaciones involuntarias: Se realiza el seguimiento de las internaciones involuntarias que el SSM realiza y que se encuentren debidamente justificadas, se solicitan informes ampliatorios. Se realiza el seguimiento de algunos tratamientos. No siempre obtienen del SSM toda la información solicitada en tiempo y forma. Se evalúan las condiciones de internación, sin embargo no todos los integrantes conocen la infraestructura y el sector de internación del HRU. Respecto del no

conocimiento de la sala de internación algunos integrantes pudieron dar una respuesta crítica a esta situación:

*“Creo que la participación del órgano debería tener una supervisión más periódica de la sala de internación en el hospital, que la salud mental tenga espacios acordes, que exista privacidad en las entrevistas, buenas condiciones de infraestructura. Tenemos que estar más atentos para darnos cuenta que la salud mental en el hospital se le fueron quitando espacios, espacios que eran adecuados y adaptados a las necesidades de los usuarios”
(1° grupo focal- OR1)*

4. Derivaciones: No se realizan gran cantidad de derivaciones en el ámbito público, hay un desconocimiento de las acciones realizadas en los efectores privados.
5. Observaciones acerca del accionar de los jueces: Hasta el momento, el OR, nunca realizó presentaciones ante el Consejo de la Magistratura por irregularidades. Refieren que han realizado recomendaciones. No se pudo ejemplificar al respecto.
6. Realiza recomendaciones a la Autoridad de Aplicación: Participa de reuniones de política pública. Se ha observado que el personal actual de enfermería no se encuentra adecuadamente capacitado para la asistencia que los pacientes de salud mental necesitan. Hay carencia de dispositivos de atención. No se ha cumplido con el incremento del 10 % del presupuesto total de salud que establece la ley.
7. Derechos Humanos: Vela por el cumplimiento de los derechos de los usuarios de salud mental, participa de oficio en los procesos de restricciones a la capacidad, hace actividades de promoción y difusión de la LNSM, evalúa las condiciones de las personas que se encuentran en situación de encierro. Se observa una política activa en una perspectiva de defensa de los derechos de los pacientes. Con el tiempo han ido legitimando prácticas y acciones.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se arribaron a las siguientes conclusiones del análisis del grupo focal con los integrantes del Órgano de Revisión:

- Existe un conocimiento de los integrantes de las funciones que establece la ley.
- La composición heterogénea y multidisciplinaria facilita las múltiples miradas.
- Se utilizan herramientas virtuales (zoom) para facilitar espacios de encuentro.
- No tienen asignado ningún recurso económico.
- Hay un interés genuino de los participantes en pertenecer y desarrollar la función y en promover la defensa de los derechos de los pacientes y de los derechos humanos.
- Las prácticas que desarrollan incumben más a instituciones públicas que privadas.
- Hay fallas en la comunicación con el SSM.
- No se pudo brindar ningún ejemplo de observaciones al accionar judicial pese a que el órgano menciona que se han realizado.
- No todos los integrantes conocen las instalaciones de la internación del área de SM.
- Hubo una muy buena predisposición de todos para participar de esta investigación y de conocer los resultados a los que se llegaron.

No fue posible evaluar las acciones que se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM desde el Juzgado de Familia y Minoridad N° 1 y desde el Juzgado de Familia y Minoridad N° 2. Ambos juzgados se excusaron de participar de esta investigación luego que, como fuera mencionado, un paciente internado por orden judicial prendiera fuego un colchón que ocasionó un importante incendio en el HRU en donde toda la institución debió ser evacuada. Queda claro que existen internaciones ordenadas judicialmente que plantean interrogantes a la LNSM.

Respecto de esta situación resulta conveniente aclarar lo siguiente: El artículo 34 del Código Penal exceptúa el artículo 23 de la LNSM. En consecuencia el alta, la

externación y los permisos de salida quedan supeditados a la autorización judicial. Ahora bien, al hacer mención el artículo 34 a las personas no punibles, habilita a que el tribunal pueda ordenar la reclusión de un agente en un manicomio del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de dañarse a sí mismo o a otros. En el caso en el que el procesado fuera absuelto de esas causales, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que determinaran su peligrosidad.

Los juzgados son instituciones verticalistas y el hecho que ambos jueces se excusaron no facilitó para que los secretarios y prosecretarios de familia y minoridad de ambos juzgados pudieran participar de la muestra. Solo decir que, antes del incendio, ambos jueces habían aceptado participar. El incendio generó una gran repercusión social pues una ciudad quedó sin el único hospital público que existe.

6.5. Verificación del cumplimiento normativo

A continuación se presenta de manera esquemática las respuestas que el SSM y el personal de enfermería realizaron en relación con lo que establece la ley respecto de los derechos de las personas con padecimiento mental. Se entrevistaron 22 personas.

Tabla : Derechos de las personas con padecimiento mental

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL	sí se cumple
Derecho a recibir atención sanitaria a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo	22
Derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos	22
Derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades	22
Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por familiares	22
Derecho a ayuda espiritual, según credo, si el paciente o su familia lo solicitan	22
Derecho del asistido, su abogado o familiar que designe a acceder a su historia clínica	22
Derecho a que en internaciones involuntarias o voluntarias prolongadas las condiciones sean supervisadas por el Órgano de Revisión	20
Derecho a ser informado según las normas del consentimiento informado y que en el caso que no sean comprendidas por el paciente se comuniquen a sus familiares, tutores o representantes legales	22
Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades	22
Derecho a recibir tratamiento personalizado en un ambiente que resguarde su intimidad respetando su vida privada y con libertad de comunicación	21

Elaboración propia

Así se encuentra que de manera casi uniforme todas las personas entrevistadas contestaron que se cumplen los derechos. A excepción de dos casos en los que versaron opiniones muy similares en relación con la supervisión que el Órgano de Revisión realiza de las condiciones de las internaciones:

“...el órgano no tiene participación activa, tiene función creada que no se cumple, nunca apareció el órgano aunque el derecho lo tienen...” (ENF 7)

“... en la internación no he visto ingresar a ninguna persona de ninguna institución, existe el derecho pero no se cumple...” (PSIC 7)

Si bien todos los entrevistados reconocieron que los pacientes tienen el derecho a recibir tratamiento en un ambiente íntimo, una participante realizó un comentario que merece ser considerado:

“... esto no siempre se pudo cumplir, las veces que no se contó con un espacio privado costó mucho que las autoridades entendieran y dimensionaran la importancia y necesidad del mismo, incluso se utilizó ese espacio como depósito, cada vez que se pierde ese espacio para entrevistas cuesta un montón volver a conseguirlo...” (PSIQ 1)

Se presentan a continuación los resultados obtenidos para la Modalidad de abordaje. Se entrevistaron 22 personas.

Tabla : Modalidad de abordaje

MODALIDAD DE ABORDAJE	sí se cumple
La atención en salud mental está a cargo de un equipo interdisciplinario acreditado por autoridad competente	22
Las personas con discapacidad reciben la información con medios adecuados a su comprensión	22
La autoridad de aplicación promueve el desarrollo de dispositivos alternativos a la internación	5
La prescripción de medicación se administra con fines terapéuticos	22
La prescripción de la medicación no se aplica como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir cuidados especiales	19
La renovación de prescripción de medicamentos se realiza a partir de evaluaciones y nunca de forma automática	21

Elaboración propia

Respecto de la modalidad de abordaje en su mayoría se cumplen los incisos de la ley. Casi la totalidad expresa que no existen dispositivos alternativos a la internación. Solo una persona hace mención a la existencia (única) del Hospital de Día Kariaimken.

En relación con la prescripción de medicación es interesante comentar lo enunciado por un participante:

“... en algunas circunstancias el recurso farmacológico se utiliza como medida de seguridad para el paciente, se utiliza para evitar riesgos, la medicación se realiza siempre bajo la supervisión del personal de enfermería. En la sala no contamos, cada vez que lo necesitamos con personal de policía, entonces se aplica medicación sedativa. La medicación sedativa supe medidas de seguridad acordes a la peligrosidad

del paciente, es una manera de suplir cuidados especiales. Ahora bien, tampoco tenemos instaurado un dispositivo en la sala en donde participen acompañantes terapéuticos, ni terapeutas ocupacionales, ni talleres, ni musicoterapeutas. (PSIQ. 3)

Resulta interesante la reflexión que realiza el entrevistado al conectar la prescripción de medicación con medidas de seguridad.

Se presenta a continuación lo atinente al equipo interdisciplinario:

TABLA : Del equipo interdisciplinario

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	sí se cumple
Los profesionales con título de grado están en condiciones para ocupar cargos de conducción	22
Los integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente	22
Los integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la protección de su salud integral para lo cual se han desarrollado políticas específicas	5

Elaboración propia

Existe la posibilidad de estar en igualdad de condiciones para ocupar cargos jerárquicos (no existe una prevalencia del campo médico) y existe el derecho a la capacitación. Sin embargo en su inmensa mayoría brindaron opiniones similares respecto al derecho a la protección de la salud integral de los equipos técnicos:

“... el derecho está pero falta la política específica para el cuidado de la salud integral del equipo asistencial...” (PSIQ 1)

“... sería necesario que se considere la insalubridad de todos los trabajadores de la salud mental, es un beneficio que muchas jurisdicciones la han conseguido...” (PSIC 1)

“... ¿políticas específicas para la protección de la salud de los trabajadores? suena lindo, pero no existen...” (ENF 1)

“... no hay una mirada desde los gestores a la salud de los trabajadores, más bien te diría que cuando fueron necesarias medidas de cuidado fueron autogestivas: en situaciones particulares el SSM se proveyó y pagó supervisiones ...” (PSIC 3)

“... mmmm, no existen... incluso cuando existió un suicidio en la sala de internación se pidió al área de higiene y seguridad una evaluación de riesgos y nunca existió. Se pidió no solo para proteger a los pacientes sino también para proteger a los trabajadores. Por ejemplo, lugar adecuado para poner el escritorio cercano a puertas, evitar vidrios en las ventanas, cortinas adecuadas, acondicionar un lugar para situaciones agudas pero eso nunca se hizo...” (PSIC 2)

“... creo que la aseguradora de riesgos de trabajo (ART) ante situaciones de agresión realiza la cobertura pertinente, por ejemplo te dan días de licencia laboral y controles por medicina laboral, algo similar a cuando ocurren lesiones con aguja contaminada...” (ENF 2)

“... no sabía que existía esa posibilidad en la ley! Te diría que no existen políticas específicas, es un derecho vulnerado...” (ENF 10)

“... se debería cumplir pero no se han desarrollado políticas específicas...” (PSIC 6)

“... se cumple muy parcialmente...” (PSIC 7)

“... en la sala de salud mental ocurren muchas situaciones de riesgo, situaciones complejas, algunos pacientes han sido muy violentos con los profesionales, les han pegado y lastimado, pero esas situaciones no son contempladas porque no existe un régimen de insalubridad para los profesionales, solo los enfermeros lograron un reconocimiento económico como área crítica...” (PSIQ 5)

A continuación se presenta en una tabla la información recolectada respecto a las internaciones.

TABLA : De las internaciones

DE LAS INTERNACIONES	sí se cumple
Las internaciones solo se llevan a cabo cuando aportan mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones	22
Cuando no se autorizan vínculos, contactos o comunicaciones de las personas internadas con sus familiares o red social , las razones terapéuticas están debidamente establecidas y fundadas	22
La institución provee el uso gratuito de telefonía para las personas internadas	22
Las evoluciones del paciente y cada una de las intervenciones se registran a diario en la historia clínica	22
En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda	1
Los organismos públicos competentes promueven recursos adecuados para resolver problemáticas sociales o de vivienda	5
Todas las internaciones cuentan con evaluación, diagnóstico interdisciplinario, motivos que justifican la internación y firma de dos profesionales	22
Existe una búsqueda de datos acerca de la identidad y del entorno familiar	22
Se consignan en la historia clínica los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia	22
Existe firma del consentimiento informado del paciente o su familia	22
Se realizan las comunicaciones formales en internaciones prolongadas	22
En internaciones por causas sociales el juez ordena al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y la externación a la mayor brevedad posible	0
En internaciones por causas sociales el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión	15
En las internaciones involuntarias se especifican: dictamen profesional, ausencia de otra alternativa eficaz e informe de instancias previas si las hubiera	22
Las internaciones involuntarias se notifican obligatoriamente al juez competente y al Órgano de Revisión	22
En las internaciones involuntarias el estado proporciona un abogado desde el momento de la internación	17
En las internaciones involuntarias se informa al usuario que tiene derecho a designar un abogado	20

Existe la firma del consentimiento informado cuando una internación involuntaria pasa a voluntaria y se da aviso al juez	22
En los casos de internaciones de 90 días el Órgano de Revisión designa un equipo interdisciplinario para una nueva evaluación	1
En internaciones de menores de edad o incapaces se procede de acuerdo a la modalidad de las internaciones involuntarias	21
Existe el pleno convencimiento del equipo de salud mental que la internación debe funcionar en el HRU	21
Existe la plena convicción de los gestores que la internación deba funcionar en el HRU	3
Los principios, derechos y garantías establecidos en la ley son conocidos por todos los integrantes de los equipos de salud	0
Todos los trabajadores al momento del ingreso al sistema reciben capacitación específica de la ley	0
Las Fuerzas de Seguridad ante situaciones de riesgo cierto o inminente intervienen procurando evitar daños y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias	4
Existe protocolo de intervención elaborado por la autoridad de aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí y para terceros	2

Elaboración propia

Así se encuentra que de manera casi uniforme todas las personas entrevistadas contestaron que se cumplen los derechos en relación con:

- La manera como se realizan las internaciones: evaluación, diagnóstico interdisciplinario, motivo de la internación, firma de dos profesionales.
- El registro de las evoluciones en la historia clínica.
- La facilitación del contacto con los familiares y la justificación terapéutica cuando por alguna razón no se autoriza.
- El uso de telefonía de la institución.
- La búsqueda de datos para la identidad de pacientes y de su grupo familiar o de pertenencia.
- La firma del consentimiento informado.
- Las comunicaciones al juzgado y al órgano de las internaciones involuntarias y todos los requisitos de información que establece la ley junto a la comunicación de la posibilidad que el paciente designe un abogado.
- La notificación judicial cuando una internación involuntaria pasa a voluntaria junto con la firma del consentimiento informado.
- El carácter involuntario con todo lo que ello implica en las internaciones de menores.

- El SSM tiene el pleno convencimiento que la internación debe funcionar dentro del hospital general.

Todos los entrevistados acordaron que la internación se realiza cuando aporta un mayor beneficio terapéutico que otra intervención sin embargo se realizaron comentarios que merecen señalarse:

“... existe la carencia de otros dispositivos alternativos, entonces, la internación es el único dispositivo al que se accede, con una salvedad: cuando existen internaciones judiciales no siempre se contempla que sea un beneficio terapéutico...” (PSIC. 5)

“... existe la situación de internaciones compulsivas ordenadas judicialmente en donde este principio no se cumple. Desde el SSM es así, pero, desde otras instituciones se utiliza la internación como un dispositivo alternativo ante la carencia de otros...” (PSIC 6)

La mayoría de los entrevistados concordaron en que no se cumple la ley en los siguientes puntos:

- Se ha utilizado la internación para resolver problemáticas sociales o de vivienda y los organismos establecidos no cuentan con recursos adecuados para resolver esta problemática. En consecuencia, las internaciones por causas sociales se extienden en el tiempo, los problemas sociales no se resuelven en un corto plazo y las respuestas de los diferentes organismos involucrados no siempre son las más adecuadas. A modo de ejemplo se destaca un comentario:

“... a veces los tiempos de gestión de soluciones habitacionales no concuerdan con los tiempos mínimos de internación motivo por lo cual las internaciones se prolongan...” (TS 1)

Varios participantes reconocieron y destacaron la labor y el compromiso de la trabajadora social del SSM para poder actuar en las problemáticas sociales y de vivienda.

- La acción judicial en las internaciones por problemáticas sociales no ordena una inclusión en programas sociales que faciliten la externación ni tampoco toma intervención el Órgano de Revisión.
- En las internaciones que se prolongan por más de 90 días el Órgano de

Revisión no interviene pese a que se lo notifica de la prolongación. (debiera intervenir designando un equipo interdisciplinario para una nueva evaluación de las causales de la prolongación).

- En las internaciones involuntarias el estado proporciona un abogado pero los pacientes ni siquiera tienen posibilidad de conocer el nombre del defensor designado. En caso que los pacientes quieran comunicarse telefónicamente con sus defensores no logran hacerlo. Los defensores no conocen en persona a los pacientes que defienden. Al respecto un profesional ejemplifica:

“... el caso más emblemático fue el de un paciente que se lo privó de todo, fue privado de su libertad desde el rótulo de inimputabilidad. Estuvo tres años internado. Jamás vino a verlo su defensora. Se vulneraron todos los derechos de ese paciente, incluso se lo privó de volver a su propia casa y por la presión al juez de parte de su familia nunca más pudo retornar a su casa...”
(PSIC 2)

- Los gestores de turno no siempre conocen que la internación debe funcionar en el hospital general. Esto podría deberse al desconocimiento que muchos gestores tienen de la ley, existe mucha desinformación del padecimiento mental lo cual hace que se tomen decisiones erradas. Otras veces ha existido un respeto a la legalidad sin embargo el prejuicio está. Prejuicio que considera a los pacientes peligrosos y que deben existir los monovalentes.
- La LNSM no es conocida por todos los integrantes de los equipos de salud ni todos los trabajadores, al momento del ingreso, reciben capacitación específica.

“... el desconocimiento de la ley incrementa los prejuicios, al no conocerse la ley no se sabe cómo actuar con un paciente de SM...” (PSIQ 3)

“... los nuevos profesionales del sector de enfermería no conocen la ley...” (PSIC 3)

“... en el SSM cada vez que participa algún rotante se lo capacita pero esta acción es iniciativa del SSM, nunca de otras áreas...” (PSIC 4)

- Las Fuerzas de Seguridad ante situaciones de riesgo cierto o inminente no siempre intervienen procurando evitar daños y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias. Algunos comentarios:

“... colaboran en algunas situaciones pero después de mucha insistencia, no es algo espontáneo,

depende de la buena voluntad de quien recibe la solicitud, depende del agente policial que en ese momento toque, argumentan que no se cuenta con efectivos sin embargo no siempre es así...” (PSIQ 2)

“... a veces colaboran y a veces por desconocimiento proceden de una manera inadecuada...” (PSIQ 3)

“... no siempre están dispuestos a intervenir colaborando con el sistema sanitario...” (ENF 3)

“... la justificación de no tocar a un paciente es algo erróneo porque se necesita contener para prevenir una situación de riesgo mayor, a veces actúan y cuando no actúan es por desconocimiento de la ley...” (ENF 8)

- No existe protocolo de intervención elaborado por la autoridad de aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí y para terceros:

“... la autoridad de aplicación no responde a los requerimientos que se han realizado para evitar daños mayores, incluso la policía a veces se rehúsa a intervenir en situaciones de riesgo por temor a las consecuencias que este accionar pudiera generarles, nunca tuve acceso a ningún protocolo, no hay nada establecido, sería bueno que existiera pero no existe, no se conoce como proceder, también es algo que varía de acuerdo al gobierno de turno, no es un tema en la agenda de los que ocuparon el cargo de secretario de salud mental...” (ENF 10)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La internación como dispositivo también debería entenderse como un espacio desde donde se trabaje el amplio concepto de salud mental y no solamente desde la enfermedad, en donde se incluyan disciplinas que mediante un abordaje diferente al médico contribuyan a la mejoría subjetiva del paciente. Tal como fuera esbozado en el marco teórico: ya no se trata, entonces, de enfermedad sino del pensar el sujeto en situación de padecimiento, de darle un lugar como entidad al sufrimiento psíquico, de contraponer la medicalización a los padecimientos subjetivos. Es clara la postura de Stolkiner al respecto al afirmar que el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición. Esta se lograría si se incorporara el concepto de salud mental en las mismas en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión

social y subjetiva haya sido restituida (Stolkiner, 2012). La posibilidad de pensar de esta manera la salud mental facilitaría quizás un abordaje diferente de los pacientes internados, facilitaría la inclusión de otros profesionales tales como acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, talleristas, musicoterapeutas.

El hecho que no siempre se haya contado con un espacio de privacidad para desarrollar las entrevistas podría deberse a que no se dimensiona a nivel hospitalario el alcance del dolor psíquico y una modalidad de trabajo centrada en la subjetividad y diferente al discurso médico hegemónico.

En situaciones de riesgo cierto e inminente las fuerzas de seguridad no siempre operan desde lo que se espera del campo sanitario. Esto podría deberse al desconocimiento que las fuerzas de seguridad tienen de la LNSM y de la importancia de participar el personal policial cuando desde la internación son convocados ante situaciones de riesgo.

La inexistencia de políticas específicas para el cuidado de la salud de los equipos asistenciales que trabajan en el campo de las urgencias subjetivas no ha sido atendida por las diferentes autoridades. Sería necesario una jerarquización, reconocimiento y remuneración acorde a las funciones que desarrollan los equipos asistenciales. Resulta llamativo que siendo los trabajadores del SSM y los enfermeros los únicos profesionales que asisten a situaciones de riesgo cierto e inminente en el único dispositivo de la ciudad esta situación nunca haya sido contemplada por los gestores. En el resto del país se han otorgado beneficios laborales para los profesionales de salud mental. En el Ministerio de Salud Provincial se han otorgado beneficios a algunos sectores (área de rayos, laboratorio, terapia intensiva incluso a los enfermeros que trabajan en salud mental) pero el SSM no está incluido, quizás esto pueda deberse a la prevalencia del discurso médico hegemónico que no contempla las problemáticas subjetivas. Existe prejuicio, desconocimiento y desinformación de los gestores del padecimiento mental y del trabajo de los profesionales de salud mental.

6.6. Factores que facilitan y/o dificultan la implementación de la Ley 26657

A continuación se presentan cuatro FODA realizados a partir de la participación de los siguientes actores:

- Personal de salud: profesionales del SSM
- Personal de salud: profesionales de enfermería
- Gestores: Secretaría de Salud Mental y Dirección de Salud Mental
- Actores claves: Órgano de Revisión

SSM - FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ● modalidad de abordaje equipo interdisciplinario e idóneo, criterios de evaluación e internación compartidos ● infraestructura adecuada dentro de las instalaciones hospitalarias ● disponibilidad de insumos psicofarmacológicos ● seguimiento individualizado del paciente post internación por consultorios externos ● accesibilidad ● modalidad operatoria de las internaciones conforme a lo establecido en la ley ● búsqueda de soluciones alternativas a situaciones complejas evitando el encierro ● soporte tecnológico que facilita el conocimiento y antecedentes de la historia clínica del paciente en salud pública ● prevalencia de la atención de la urgencia 	<ul style="list-style-type: none"> ● falta de formación y sensibilización del personal de enfermería para dimensionar el padecimiento mental. ● intolerancia, quejas y enojos de enfermería en internaciones prolongadas ● infraestructura inadecuada para contener todas las situaciones (acompañamiento de menores, privacidad en entrevistas, situaciones de crisis) ● carencia de abordajes de otras disciplinas en salud mental: acompañantes terapéuticos, talleristas, operadores, musicoterapeutas. ● carencia de asesoría legal para los profesionales ● ausencia de recursos económicos para supervisiones ● ausencia de evaluaciones de riesgo por higiene y seguridad, no se cuida la salud integral de los equipos de trabajo ● ausencia de alternativas terapéuticas al momento de la externación ● predominio del discurso médico hegemónico ● prejuicios, segregacionismo
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ● dedicación exclusiva ● ciudad pequeña que facilita el conocimiento entre actores, la comunicación informal y algunas intervenciones se ven facilitadas más allá de dificultades burocráticas ● los dos juzgados de familia y minoridad conocen la ley ● marco jurídico en perspectiva de derechos de los pacientes que facilita determinados abordajes 	<ul style="list-style-type: none"> ● ausencia de un plan de salud mental provincial que trascienda los cambios políticos ● existencia de juzgados (instrucción, penal) que desconocen la LNSM ● inexistencia de dispositivos alternativos a la internación ● falta de accionar de las entidades regulatorias (O.R.) ● factores económicos que no facilitan abordajes de problemas sociales ● dificultades en la articulación interinstitucional e interministerial ● actitud segregacionista y expulsiva para con los usuarios de salud mental ● prejuicios sociales latentes que pregonan encierro y exclusión ● convencimiento de algunos funcionarios que defienden la creación de unidades monovalentes ● dictámenes judiciales que no contemplan criterios profesionales de los equipos tratantes ni reconocen los abordajes que se realizan ● soluciones hospitalocéntricas en dictámenes judiciales ante inexistencia de otros dispositivos de atención ● actitud punitiva de la justicia hacia el profesional del SSM

ENFERMERÍA - FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • buen trato de los profesionales para con los usuarios, contacto empático, capacidad de escucha, contención verbal, acompañamiento adecuado, conocimiento personalizado de cada paciente, cuidado y atención personalizada, preocupación genuina por cada paciente, focalización en la recuperación y en la inclusión del paciente en la sociedad, firmeza ante situaciones complejas • inclusión de la red familiar o social (se brinda contención a la familia) • recurso humano formado para la atención del paciente de salud mental • trabajo interdisciplinario, interacción entre profesionales del servicio y profesionales de enfermería, evaluaciones interdisciplinarias, buena comunicación • valorización de parte de enfermería de salud mental del trabajo que los profesionales del SSM realizan: se registran en la historia clínica cada uno de los espacios terapéuticos que se brindan • valoración de los profesionales del SSM a la tarea que realiza enfermería con cada paciente • responsabilidad profesional • capacitaciones que brindan los profesionales del SSM en temas de salud mental al personal de enfermería • incremento de la observación y la contención verbal en sujeciones mecánicas • trabajo ordenado y organizado acorde al marco de la LNSM y respetando los derechos de los pacientes • los enfermeros trabajan la consciencia de situación y de enfermedad en algunos casos 	<ul style="list-style-type: none"> • estigmatización del trabajo profesional en salud mental: desconocimiento y desvalorización institucional del trabajo en salud mental • falta de recursos humanos para incrementar la presencia profesional por la tarde en situaciones críticas • falta de abordaje de distintas disciplinas en la atención en la sala (faltan actividades, talleres, acompañantes terapéuticos) • falta de recurso humano (enfermería) capacitado en salud mental • individualismo de algunos profesionales de SSM que no se suman a la tarea conjunta, comunicación deficiente • falta de talleres de capacitación en aspectos de la ley • falta de sensibilidad de algunos enfermeros en el trato al paciente descompensado • algunos enfermeros no respetan las indicaciones profesionales, se rompen reglas de la internación tales como autorización de visitas, a veces no se respeta el secreto profesional • exceso de camas en la capacidad de las habitaciones en salud mental, esto dificulta la contención adecuada en situaciones de excitación o agresión, inexistencia de material de sujeción adecuado y de infraestructura adecuada para situaciones de excitaciones psicomotriz • malestar de enfermería por internaciones compulsivas en donde no se tiene en cuenta el criterio profesional • no existe el cuidado de la salud mental de los profesionales que intervienen en situaciones complejas
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • colaboración de la cooperadora del hospital en insumos para los pacientes internados • pensiones provinciales • existencia del Hospital de Día como único dispositivo alternativo del Ministerio de Salud Provincial • existencia de algunos dispositivos municipales para actividades recreativas y talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • carencia de dispositivos alternativos a la internación, inexistencia de programas laborales • en la agenda política no se considera la salud mental como algo prioritario en salud pública tampoco la difusión de la LNSM • los funcionarios políticos no actúan ante el avasallamiento de las órdenes judiciales • órdenes judiciales e intimaciones al sistema sanitario para que resuelvan situaciones de inimputabilidad, problemáticas sociales, problemáticas de vivienda • desconexión con la Secretaría de Salud Mental, • los medios masivos de comunicación social brindan espacios al ámbito privado para difundir temas de salud mental desde comentarios prejuiciosos y estigmatizantes • inexistencia de herramientas comunicacionales, educacionales o sociales que puedan erradicar el prejuicio social sobre el sufrimiento mental • desconocimiento de la población en general de temas en salud mental, primacía del prejuicio social • existencia de profesionales por fuera de la organización que se manejan con prejuicios • existencia de muchos problemas de desarraigo: se busca en Ushuaia la solución a problemas económicos y laborales que existen en otras provincias pero sin red ni contención social y/o familiar • factores económicos, sociales, laborales que no facilitan la salud mental de las personas • inexistencia de formación académica en las currículas universitarias y profesionales de la LNSM y desde una perspectiva de derechos humanos • segregacionismo y estigmatización del paciente de salud mental • desproporción entre el crecimiento poblacional y el crecimiento de la infraestructura hospitalaria • ante internaciones complejas falta de actuación y de participación del OR

GESTORES - FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ● conformación interdisciplinaria del equipo ● la trayectoria del SSM en tanto la experiencia y la continuidad del trabajo ● la inclusión orgánica y edilicia dentro de un hospital general, se trabaja con el criterio de lo agudo 	<ul style="list-style-type: none"> ● las dificultades en la articulación y en la comunicación con el primer nivel de atención y con otros efectores de salud mental ● déficit en formación especializada en atención en salud mental comunitaria ● cada cuatro años cambian las gestiones políticas y no hay continuidad en las líneas de acción que cada gestión establece ● falta de reconocimiento del sistema sanitario con respecto al objetivo de las internaciones al ser diferentes del discurso médico hegemónico ● prevalencia del discurso médico hegemónico en desmedro de las urgencias, demandas y necesidades del padecimiento mental subjetivo, la urgencia de la lógica hospitalaria no considera importantes variables que hacen a la salud mental de una persona
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ● la adhesión provincial plena a la LNSM ● la comunicación interinstitucional para la adecuada inclusión social del paciente ● existencia de una estructura orgánica provincial que se ocupa de la ejecución de la ley ● existencia del Órgano de Revisión ● existencia de un hospital de día ● fortalecimiento en recursos humanos de la red de APS ● existencia del proyecto del dispositivo de inclusión habitacional y presentación legislativa para incrementar el presupuesto ● acompañamiento y seguimiento de pacientes domiciliarios 	<ul style="list-style-type: none"> ● imaginario social en donde priman la estigmatización, prejuicios y la lógica del encierro del paciente de salud mental ● escasez de recursos humanos para la asistencia de problemáticas de salud mental ● incumplimiento del incremento presupuestario según lo establece la LNSM ● inexistencia en entidades privadas de dispositivos de atención de las urgencias subjetivas ante esta carencia el SSM debe admitir a todos los grupos etarios sin diferenciación y muchas veces sin infraestructura adecuada ● falta de institucionalización de los dispositivos de inclusión habitacional

O.R. FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • conformación interdisciplinaria y reconocida trayectoria de los integrantes • interés individual de cada integrante en la tarea y respeto ante divergencia de criterios • inexistencia de hospitales monovalentes • el OR pone palabra ante organismos estatales cuando los derechos de los pacientes o personas con CUD son discriminados 	<ul style="list-style-type: none"> • desconocimiento de la autoridad de aplicación y de los usuarios de la importancia del OR • carencia de dispositivos alternativos para seguimientos ambulatorios, se presenta el hospital como la única posibilidad para resolver todos los problemas • desconocimiento social de los derechos de los usuarios de salud mental, demandas de insancias continúan • el éxito de las acciones del OR solo sería posible con un cambio social
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • la modificación del código civil en tanto se pone el acento más en las capacidades que se tiene y ya no tanto en las limitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • desconocimiento epidemiológico de las problemáticas de SM locales • intolerancia social para los pacientes con padecimientos crónicos mentales • mitificación, creencia que una internación en salud mental es algo malo, algo que priva la libertad • el encierro se presenta desde lo social como la única respuesta posible para la descompensación en salud mental • el artículo 34 se presenta como una amenaza legal para los derechos de los usuarios, prima la noción de peligrosidad y no el tema de la evaluación interdisciplinaria de riesgos. • las personas inimputables son internadas desde un tema de seguridad y no se consideran sus derechos • los mensajes discriminatorios de las redes y los medios masivos de comunicación social

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Desde los diferentes actores el trabajo interdisciplinario es la principal fortaleza que se destaca desde la conformación de los equipos actuantes.

El marco regulatorio de la ley, la modificación del código civil y la conformación orgánica del OR se presentan como oportunidades a nivel provincial. La inexistencia de unidades monovalentes en toda la provincia, facilita el cumplimiento de la ley en ese punto.

Respecto de las debilidades se podrían mencionar factores económicos, la ausencia de

formación profesional en perspectiva de derechos del sector de enfermería, la prevalencia del discurso médico hegemónico en el ámbito hospitalario. Esta prevalencia podría ser la razón por la cual no existen otras profesiones no médicas trabajando en el sector de internación.

Entre las amenazas principales se mencionan la estigmatización, los prejuicios, el segregacionismo, la exclusión, el encierro y el desconocimiento social de los derechos de los usuarios de salud mental. Todos ellos son factores variantes que inciden negativamente en el imaginario social impulsados por los medios masivos de comunicación social. Los factores económicos no facilitan abordajes sociales y las problemáticas que recurren en salud mental. La inexistencia de dispositivos alternativos prolongan innecesariamente las internaciones. La existencia de dictámenes judiciales que desconocen la LNSM dificultan el cumplimiento de la ley.

7.- Consideraciones éticas y conflictos de intereses

Se elevó a la Jefa del SSM la nota escrita para derivarla al Director de Coordinación Asistencial del HRU para la firma del Convenio de Cooperación para realizar Prácticas en Servicios, se firmaron tres copias. En esa nota se detalla el tema de esta investigación. La firma del Convenio se remitió al Director de la Maestría, Mgr. Ernesto Báscolo para su intervención.

Se elaboró el Proyecto de Trabajo Final y se envió por correo electrónico a la directora de tesis, Magister María Natalia Echevoyemberry quien tras aceptar la propuesta debió formalizarla en una nota enviada al Mgr. Ernesto Báscolo Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud y demás miembros de la Comisión Académica de Postgrado. En esa nota se anexó su curriculum vitae que acredita su formación, sus antecedentes académicos, de investigación y gestión vinculados con el área de conocimiento de esta investigación.

Por intermedio de la Jefa del SSM se elevó por escrito la propuesta de investigación al Comité de Docencia e Investigación detallando los objetivos, el tipo de diseño, el tamaño y selección de la muestra, los mecanismos de selección de participantes, los métodos de medición de las variables y los aspectos éticos de este trabajo anexando una copia de cada una de las técnicas e instrumentos de recolección de datos ([ANEXOS 8 al 13](#)) para su aprobación antes de iniciar el estudio. Se adjuntó copia del consentimiento informado ([ANEXO 22](#)).

Se elaboró un consentimiento informado ([ANEXO 22](#)) que se entregó a cada uno de los participantes para su firma garantizando así su participación voluntaria y libre y la confidencialidad de sus datos. Los participantes tuvieron plena libertad para retirarse del estudio en cualquier momento. Los datos personales de los profesionales del hospital, de los gestores y de actores claves fueron codificados de la siguiente manera:

- Profesionales del SSM: PSIC 1, PSIQ 1, etc.
- Profesionales de Enfermería: Enf 1, Enf 2, ... etc.
- Secretaría de Salud Mental: Al ser altamente probable que su identidad pueda identificarse fue informado al respecto con el propósito que quede bien en claro

que la participación en la investigación puede acarrear dichas consecuencias, de modo que pueda decidir informadamente si desea lo mismo participar en la investigación bajo estas condiciones o no hacerlo. (SANTI, 2016)

- Órgano de Revisión: OR1, OR2, etc.
- Ámbito judicial: JUS1, JUS2, ... etc.

Respecto de la declaración de conflictos de intereses la investigadora garantiza que el objetivo de este trabajo es cumplir con el requisito para la aprobación de la maestría y para contribuir en la mejora en los servicios de salud. Se espera que la incorporación de los instrumentos utilizados puedan ser utilizados en investigaciones posteriores y aporten conocimiento para la gestión. Asimismo la autora garantiza realizar el trabajo con honradez, compromiso, transparencia e imparcialidad y no percibir ningún beneficio económico ni existir ninguna fuente de financiación.

8.- Discusión y conclusiones.

La investigación en salud es una importante herramienta de las políticas sanitarias, dado que genera conocimiento, permite mejorar los instrumentos, los procedimientos y la organización de los servicios para cuidar la salud de la población.

El desarrollo de esta investigación permitió identificar factores que facilitan y dificultan la implementación de la LNSM en las internaciones de salud mental en el HRU.

La metodología implementada fue acorde a los objetivos planteados.

Respecto del primer objetivo, que plantea la descripción del personal de salud que trabaja en las internaciones en salud mental, se evidencia como factor facilitador la formación de los profesionales del SSM en una perspectiva de derechos. El desconocimiento de los profesionales de enfermería del marco regulatorio, la falta de formación en materia de salud mental y de derechos humanos se presentan como factores que dificultan la implementación de la LNSM.

En relación al segundo objetivo, que describe las acciones implementadas por el SSM para garantizar derechos, se relevaron acciones relacionadas con: actividades de capacitaciones, de formación, de gestión de circuitos administrativos, de actividades de docencia, de reuniones intersectoriales y una modalidad en la atención del padecimiento subjetivo. El padecimiento atendido institucionalmente en las internaciones de salud mental involucra el área subjetiva y se contrapone a la lógica del modelo médico hegemónico. Que las internaciones en salud mental se realicen en el único hospital general de la ciudad y que sean breves son premisas fundamentales de la ley y sostenidas por los integrantes del SSM. Todos ellos se presentan como factores que fortalecen la implementación de la ley.

Como factor negativo se ha mencionado que no ha existido continuidad en las actividades de capacitación.

En relación al tercer objetivo, que describe las acciones desarrolladas para favorecer la implementación de la LNSM desde la perspectiva de los gestores, se relevó que se han desarrollado múltiples programas y que por primera vez, desde la sanción de la ley, se

gestionó un aumento en el presupuesto en la legislatura, lo cual facilitaría la creación de dispositivos alternativos a la internación. El factor económico que se presenta como fortaleza, también ha sido uno de los principales obstáculos en los presupuestos históricos destinados a salud mental.

En relación al cuarto objetivo, que describe las acciones desarrolladas para favorecer la implementación de la ley desde la perspectiva de actores clave, se relevaron los siguientes factores positivos: la conformación orgánica del OR que se ha ido fortaleciendo desde su creación; el genuino interés de los integrantes en la función que cumplen; el desarrollo de una política activa en una perspectiva de defensa de los derechos de los pacientes. El desconocimiento entre los miembros del OR y los profesionales que trabajan en las internaciones, las fallas en las comunicaciones entre ambas instituciones, el no conocer el espacio físico del sector de internación, se presentan como factores que dificultan y entorpecen la dinámica de las internaciones.

En relación al quinto objetivo, que verifica el cumplimiento normativo de algunos puntos específicos de la ley (relacionados con los derechos, la modalidad de abordaje, la conformación del equipo interdisciplinario y las internaciones en salud mental), se establecieron las siguientes conclusiones: en su mayoría estos incisos de la ley se cumplen y funcionan como factores que facilitan la implementación de la LNSM en las internaciones de salud mental. Los factores que obstaculizan su desarrollo están relacionados con la inexistencia de dispositivos alternativos a la internación que faciliten las altas, la utilización de las internaciones para resolver problemáticas sociales, la inexistencia de políticas específicas para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud integral de los equipos asistenciales y el desconocimiento de la LNSM de todos los integrantes de los equipos de salud.

En relación al sexto objetivo, que identifica factores que facilitan y dificultan la implementación de la LNSM desde una matriz FODA, se concluye que han existido similares puntos de convergencia entre los diferentes actores implicados.

La inexistencia de unidades monovalentes facilita el abordaje de las internaciones de salud mental en el único hospital general de la ciudad de Ushuaia.

Otros factores que facilitan la implementación de la ley son: trabajo interdisciplinario e intersectorial, soporte tecnológico, accesibilidad, recursos psicofarmacológicos, seguimiento profesional post internación, pensiones provinciales, la modalidad de la dedicación exclusiva que fortalece la asistencia y dedicación profesional desde salud pública.

Como contracara la internación en salud mental se ha utilizado desde el campo jurídico como un mecanismo de control social. Se evidencia un conflicto entre dos paradigmas diferentes: el paradigma jurídico del sujeto peligroso y el paradigma de la LNSM en perspectiva de derechos.

Otros factores negativos encontrados a través del instrumento son: la prevalencia del discurso médico hegemónico que no facilita la inclusión de disciplinas no convencionales en el abordaje de los pacientes internados (acompañantes terapéuticos, musicoterapeutas); el no cuidado de la salud integral de los equipos profesionales; gestiones políticas que no consideran como prioritario la salud mental en la salud pública; desconocimiento del marco normativo en funcionarios y ámbitos judiciales; vulneración de derechos en personas inimputables.

9.- Aportes para la gestión de sistemas y servicios de salud

Para organizar este apartado se diferenciarán cada uno de los objetivos planteados.

Objetivo 1

Resulta prioritario que los profesionales abocados al trabajo de los pacientes internados en salud mental conozcan la LNSM y las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. En toda institución van cambiando los actores y se necesitan nuevos espacios de encuentro. Se propone como aporte para la gestión que el área de capacitación del MS convoque a los profesionales del SSM para participar de esta actividad ya que se ha visualizado un interés genuino, histórico y actual de estos profesionales en desarrollar diferentes espacios de conocimiento en la temática. El momento del ingreso al sistema de salud, se propone como la instancia propicia para generar un espacio de capacitación. La internalización de estos conceptos puede transformarse en un factor que facilite el trabajo profesional desde una perspectiva de derechos así como también el desconocimiento puede transformarse en una importante amenaza.

Objetivo 2

Como propuesta para la gestión sería conveniente desarrollar una nueva capacitación del SSM destinado a enfermería. Quizás, también se podrían desarrollar ateneos conjuntos con enfermería que pudieran brindar herramientas interdisciplinarias para el abordaje de lo mental en la salud desde una perspectiva de derechos desterrando prejuicios que obstaculizan el trabajo con los pacientes internados.

Objetivo 3

Sería conveniente lograr que las líneas de trabajo de los gestores respondan a un Plan Provincial de Salud Mental para lograr una continuidad en las acciones, más allá de los cambios políticos de los gobiernos de turno.

Objetivo 4

La abstención de ambos juzgados (actores clave) en esta investigación, luego del incendio del HRU, pone en discusión el tema de las internaciones en salud mental ordenadas judicialmente. Respecto a este tema solo decir que el HRU no es un manicomio ni tampoco un lugar de reclusión. Las internaciones ordenadas judicialmente, tal como vienen ocurriendo en el HRU, son factores que dificultan la implementación de la LNSM.

Objetivo 5

Se recomienda el desarrollo de una política activa de incentivos para la capacitación y especialización de todo los profesionales que trabajan en salud mental con perspectiva de derechos humanos y formados en el paradigma de salud mental basado en la comunidad. Esto podría desarrollarse a través de convenios con universidades, becas, rotaciones. También sería importante un trabajo activo y continuo con los medios masivos de comunicación social, la Universidad Nacional de Tierra del Fuego, el Centro Austral de Investigaciones Científicas del Conicet (con sede en Ushuaia), y el Centro Educativo de Nivel Terciario N° 11 que tiene la carrera de Técnico Superior de Enfermería. De esta manera se podrían trabajar los prejuicios y la estigmatización que derivan en tratos discriminatorios sociales y también profesionales hacia los pacientes de salud mental.

Objetivo 6

Sería conveniente que desde el accionar de diferentes actores se trabaje para que exista un mayor presupuesto destinado a dispositivos alternativos que eviten soluciones hospitalocéntricas, que se puedan concretar también acciones de inclusión laboral, gestiones con el Instituto Provincial de Vivienda, acciones conjuntas con el Ministerio de Trabajo para la creación de Talleres Protegidos. Para lo cual es necesario elaborar políticas y destinar presupuestos suficientes para sostenerlos en el tiempo.

Por último este proceso de investigación sirvió para:

- Generar cambios: varios enfermeros solicitaron a los profesionales del SSM espacios de formación y discusión de la ley
- El cursado de la maestranda motivó a generar espacios de reflexión de la tarea y así el SSM comenzó a actualizar protocolos de la internación desde un espacio interdisciplinario e intersectorial.
- Elaborar instrumentos técnicos que permitan recolectar información en futuras investigaciones
- Lograr un conocimiento de los resultados alcanzados
- Sistematizar la información para generar propuestas y recomendaciones para contribuir a la gestión de los sistemas o servicios de salud con miras a mejorar las condiciones de salud mental de las personas internadas

Todas estas conclusiones demuestran que queda mucho por hacer para la efectividad del cumplimiento de la LNSM en las internaciones en el HRU y para garantizar derechos de la LNSM en las internaciones de SM. El cambio de paradigma que plantea la ley demuestra, a diez años de su sanción, que existen desajustes actualmente, que son muchos los actores que deberían participar para hacer efectivo y asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el respeto de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental. Futuras investigaciones podrían tener en cuenta la perspectiva de los usuarios de salud mental en términos de calidad.

La información que de este trabajo resulte podría transformarse en una herramienta que jerarquice acciones a favor de los usuarios desde una perspectiva genuina de defensa de sus derechos, que garantice internaciones dentro de un hospital general y que contribuya a promover la difusión de buenas prácticas de intervención en salud mental de acuerdo a la normativa vigente.



Pensar las prácticas, pensar el trabajo, fortalecer acciones, visualizar obstáculos es un trabajo que debe desarrollarse de manera continua para trabajar desde una perspectiva de derecho en el abordaje de las personas que requieren internación.

Por último, resulta relevante ponderar la existencia en Argentina de una Ley Nacional de Salud Mental que defienda los derechos de las personas con sufrimiento y/o padecimiento mental evitando la segregación y estigmatización, que promueva abordajes interdisciplinarios, que priorice la inclusión de los usuarios en la comunidad, y que evite internaciones prolongadas en unidades monovalentes priorizando el abordaje en hospitales generales.

10.- Referencias Bibliográficas

Almeida-Filho, N., Mari, JDJ, Coutinho, E., Franca, JF, Fernandes, J., Andreoli, SB y Busnello, EDA (1997). Estudio multicéntrico brasileño de morbilidad psiquiátrica. Características metodológicas y estimaciones de prevalencia. *The British Journal of Psychiatry* , 171 (12), 524-529.

Almeida, J. M. C. D. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 314-326.

Asamblea General de la ONU. (1948). "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (217 [III] A). Paris. Recuperado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Biondini, M. (2017). Salud Mental y Segregación. Cuando de un sujeto se hace un objeto de desecho. *Lapso*, (2), 25-30.

Briones, G. (2002). La encuesta social. Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales, 52-67.

Carpintero, E. (2011). La ley nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas. *Revista Topia* N° 61, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Bs. As., abril 2011.

Carrera sanitaria. Ley N. 445 Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Ushuaia, 30 de Octubre de 1990. Boletín Oficial, 10 de Diciembre de 1990. Derogada. Id SAIJ: LPV0000011

CELS, M. (2008). *Vidas arrasadas*. Editorial siglo XXI, Buenos Aires.

CELS (2015) *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. 1° ed., Buenos aires

Cohen H, Natella G. (1995) *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Consejo Ejecutivo, 115. (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: nota de la Secretaría. (No. EB115/35). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/22282>

Constitución de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur. Ushuaia, 17 de Mayo de 1991. Boletín Oficial, 28 de Mayo de 1991.

Del Valle Rossi, A., & de los Ángeles Bustos, M. (2018). De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo. Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de



Derechos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 3(3), 491-496.

Di Nella (2012) Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental Yago Di Nella- Miriam Sola- Lidia Calvillo- Lorena Negro- Andrea Paz- Sofía Venesi

Di Nella, Y (2011). El enfoque de derechos en lo mental de la salud: su aporte a las políticas públicas.

Di Nella, Y. (2012). Inclusión Mental: Políticas públicas con enfoque de derechos. Editorial Koyatùn, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dirección de Investigación en Salud, Ministerio de Salud Argentina. Pautas generales para la obtención del consentimiento informado para participar de una investigación disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pautas_generales_para_obtencion_consentimiento_informado.pdf

Echegoyemberry, N., & Castiglia, G. (2017). Sistema de Salud Argentino desde el Enfoque de Derechos Humanos. Capacita Salud, 1-3.

Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual.

Guía para Investigación en Seres Humanos – Resolución N° 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación disponible en [InfoLEG - Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Argentina](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm) disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la investigación. 6ta Edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores

Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657. Buenos Aires, 25 de noviembre de 2010 Sancionada: 25/11/2010 Promulgada: 02/12/2010. Decreto reglamentario: 603/2013. Boletín Oficial Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010 Vigente, de alcance general. Id SAIJ: LNS0005655

García López, T., & Flores, M. C. (2013). El Foda: Una técnica para el análisis de problemas en el contexto de la planeación en las organizaciones. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/foda1999-2000.pdf>.

Marchese, M. P. (2017). Drogas, plagas y algunas lecturas. Lapso, (2), 15-20.

Mayan, M., & Introdutoria, N. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: International

Institute for Qualitative Methodology, 34.

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.

Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud, Actas 2010, anexo 7, Ministerio de Salud de Tierra del Fuego. (2010). <https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-salud/actas-2010>

Ministerio de Salud de Argentina (2013) Plan Nacional de Salud Mental, Resolución 2177/2013. https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Ministerio de Salud de Argentina (2014) Guía básica criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento154.pdf>

Ministerio de Salud de Argentina (2018) Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>

Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, (3 de enero de 2022) A 189 años de la ocupación ilegal de las Islas Malvinas. <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/189-anos-de-la-ocupacion-ilegal-de-las-islas-malvinas>

Mintzberg, H. (2001). Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo.

Nossal S.A. Gerenciadora de Servicios Médicos (2003) Evaluación Sanitaria para el Poder Ejecutivo de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Organización Mundial de la Salud, (2013) Asamblea Mundial de la Salud, A. M.). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (No. WHA66. 8). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 Washington, D.C.

Ponce Talancón, H. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e investigación en psicología, 12(1), 113-130.

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. (2008). Plan de Salud Provincial 2008-2011. http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2010/acta-01-10/anexo-8_plan-de-salud-tdf.pdf

Reglamentación de la Ley 26.657 sobre Salud Mental. Decreto Nacional 603/2013. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Boletín Oficial, 29 de mayo de 2013. Vigente, de alcance general. Id SAIJ: DN20130000603

Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. La Esquina del Sur.

Salud pública. Hospitales Río Grande y Ushuaia: Creación de los consejos y fondos hospitalarios. Ley 554. Ushuaia, 11 de Julio de 2002. Boletín Oficial, 14 de Agosto de 2002. Vigente, de alcance general. Id SAIJ: LPV0001048

Santi, M. F. (2016). Controversias éticas en torno a la privacidad, la confidencialidad y el anonimato en investigación social. Revista de Bioética y Derecho, (37), 5-21.

Silva Jaramillo, S. (2017). Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. Gobernar: The Journal of Latin American Public Policy and Governance, 1(1), 7.

Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., ... & Kessler¹⁰, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX Revista Arg De Psiquiat, 29, 275-299.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Revista Argentina de Psiquiatría, 2012, 1-30.

Stolkiner, A. (2015). Salud Mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. D. Gollán (et al.). ¿Qué hacer en Salud, 57-70.

Stolkiner, A., s.f. Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. Dossier Salud Mental. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Talancón, H. P. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e investigación en psicología, 12(1), 113-130.

Tobar, F. (2002). Modelos de gestión en salud. Buenos aires, 43-49.



Visacovsky, S. E. (2001). El Lanús: Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992) (Tesis doctoral)
<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/814/full.pdf>

World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

World Health Organization. (2003). Legislación sobre salud mental y derechos humanos. En Legislación sobre salud mental y derechos humanos.

ANEXO 2: Proyecto del SSM y evaluación año 2010

EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES SERVICIO DE SALUD MENTAL PARA EL AÑO 2010.					HOSPITAL REGIONAL USHUAIA		
AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTORIO EXTERNO	PSIQUIATRIA VER ANEXO 1	-Ofrecer turnos de Admisión a la Población para inicio de tratamiento. -Objetivar el rendimiento del Servicio. -Ausencia de Indicadores - disminución plantel de psiquiatría - no existió registro ni facturación de emisión de recetas en pacientes en tratamiento farmacológico	Admisiones adultos por año 119 admisiones	4 p/semana = 208 al año	Asistencia en C.E Registrar planillas, demanda rechazada y turnos libres	208 planillas Psic. adultos	Semanal Anual
			Admisiones niños por año 1 admisión No funcionó como espacio de admisión diferenciado. Las admisiones de niños llegaron como interconsultas	2 p/semana = 104 al año		104 planillas Psic. niños	
			Promedio diario de consultas p/psiquiatra 4,5 consultas	5 consultas promedio como objetivo mínimo	Evaluación mensual, semestral y anual	Informe rendimiento estadístico	Mensual, semestral Anual
			Consultas psiquiátricas anuales Se completó el 70% de lo estimado	4000 consultas por año		gráficos	
	PSICOLOGIA VER ANEXO 2	-Ofrecer turnos de admisión y tratamiento. -Objetivar el rendimiento -Ausencia de indicadores - Se estima que hubo un subregistro en admisiones - se reconoce la admisión de pacientes en dispositivos extrahospitalarios	Admisiones adultos por año 168 admisiones	6 p/semana= 312 al año	Asistencia en C.E Registro de planillas de primera vez, demanda rechazada y turnos libres	312 planillas Psic. adultos	Semanal, mensual, semestral, anual
			Admisión de niños por año 50 admisiones	2 p/semana = 104 al año		104 planillas niños	
			Admisión de adolescentes año 68 admisiones	2 p/semana = 104 al año		104 planillas adolescentes	
			Promedio diario de consultas por psicólogo 3 consultas	4 consultas diarias p/psicólogo	Evaluación mensual, semestral y anual	Informe estadístico mensual de rendimiento	
			Consultas psicológicas anuales 3880 consultas anuales	3500 consultas anuales			
	TERAPIA OCUPACIONAL VER ANEXO 3	Tratamientos ambulatorios	Consultas mensuales 30 consultas	60	Asistencia en C. E Evaluación mensual, semestral, anual	Informe rendimiento estadístico	Mensual, semestral, anual
Promedio diario consultas 2 consultas 340 anuales			3				

	ENFERMERIA	Registro de prácticas e intervenciones	Prácticas mensuales	100 prácticas estimativas mensuales	Consultorio enfermería ámbito hospitalario y extrahospitalario	Registro de prácticas	Mensual, anual
	PERSONAL ADMINISTRATIVO	-Sistema de turnos a mano -Acceso a la Historia Clínica No se logró		Informatizar el sistema de turnos.	Gestionar empleado de informática	Mejora facturación, turnos y acceso a H.C	Anual

AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN GUARDIAS	PSIQUIATRIA	Escasa cantidad de psiquiatras para guardia	Guardias mensuales por psiquiatra	6 guardias por mes p/psiquiatra -10 guardias por psiquiatra	Gestionar la incorporación de psiquiatras 1 ingreso	3 psiquiatras 1 jubilación 1 comisión de servicio 1 licencia de maternidad	anual
		Dificultad de Registro de prácticas de Urgencias. No se realizó	Consultas de emergencia por mes	Registrar la suma de consultas diurnas y nocturnas	Crear Libro de registro de Guardia Psicológico-psiquiátrica Se implementó pero no se completó	1 libro	1 mes
		Dificultad en la localización del personal de pasiva Se solucionó el problema	Llamadas a cualquier teléfono	Establecer el teléfono de guardia pasiva de Salud mental como único referente	Hacer carteles para los administrativos	3 carteles	

AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN HOSPITAL DE DIA ANEXO 4	PSIQUIATRIA <i>(no participó)</i>	Falta de indicadores	Pacientes por día Consultas anuales <i>Reinternaciones p/paciente</i>	Asistencia a 15 P/D. 3500 consultas anuales <i>Asistencia a 13 P/D 2777 consultas anuales</i>	Asistencia en SUM	3500 consultas en rendimiento estadístico	Diario, mensual, anual
	PSICOLOGIA	Falta de insumos necesarios	Sin indicador	Compras específicas del HRU	Gestionar mecanismo de compra <i>No se logró</i>	Una compra trimestral de materiales	anual
	TERAPIA OCUPACIONAL	Falta de facturación de la práctica	Sin indicador	Lograr facturación de obras sociales	Gestión ante facturación <i>No se logró</i>	5 pacientes con obra social	1 semestre

+

AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN INTERNACION E INTERCONSULTAS ANEXO 5	PSIQUIATRIA	Falta de Uso de indicadores de internación <i>Se registraron indicadores</i>	Días estada <i>Promedio días estada</i>	Conocer indicadores 2009 <i>No se logró</i>	Obtener indicadores	3 Indicadores	1 semestre
			Porcentaje de ocupación de camas <i>registrado</i>	Comparar y Evaluar	Buscar información	Informe anual de internación <i>No se realizó</i>	anual
	Indice de <i>reinternación</i> <i>Sin registro</i>	Lograr estabilidad en enfermería	Fomentar la capacitación continua <i>No se realizó</i>				
	TERAPIA OCUPACIONAL	Enfermería especializada	Porcentaje de enfermeros especializados	Lograr un enfermero por turno especializado			

		Ausencia de Normalización Mínima de prácticas de Internación <i>Se protocolizó</i>		Escribir la práctica de internación <i>normalizada</i> mínima	Consensuar y redactar la práctica de Internación en Salud Mental	1 libro autorizado	1 semestre
--	--	---	--	---	--	--------------------	------------

+

AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD DOCENTE Y CAPACITACION SERVICIO DE SALUD MENTAL	PSIQUIATRIA	ATENEOS	Ateneos anuales Ateneos por profesional	Promover el espacio para mejorar académicamente	Jueves 14 hs, semanal	45 Ateneos anuales 4 Ateneos p/profesional p/año 3 ateneos p/profesional p/año	Semanal, anual
	PSICOLOGIA	Pasantías por el Servicio	S/Indicador	Organizar pasantías de profesionales recién recibidos de Psicología, T.O. y Trabajo Social	Organizar Pasantías. Escribir Proyecto. Designar responsable. <i>1 responsable</i>	4 Profesionales p/año <i>dos pasantes licenciadas en psicología</i>	1 año
	TERAPIA OCUPACIONAL	Cursos, Congresos y pasantías	Actividades científicas p/ año Actividades p/profesional <i>Se cumplió</i>	Participar en eventos científicos reconocidos	Promover la participación a eventos reconocidos	1 Actividad científica p/profesional. 15 Actividades al año	1 año
	ENFERMERIA	Salud Mental en la Comunidad	Participación docente o académica para la Comunidad <i>Se cumplió desde que se proyectó</i>	Participar ante los requerimientos de la Comunidad, en temas de salud mental	Charlas, conferencias, notas, infomes, con la comunidad	6 Intervenciones por año 5 intervenciones por año	anual

AREA	SECTOR	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ACTIVIDAD DE INVESTIGACION SERVICIO DE SALUD MENTAL	PSIQUIATRIA	Escasa producción científica	Trabajos realizados p/Servicio Trabajos p/profesional	Promover la realización de 1 Trabajo anual de Investigación	Destinar tiempo semanal. Organizar Grupos de Trabajo	4 Trabajos anuales de Investigación 3 trabajos anuales de investigación	Anual
	PSICOLOGIA						
	TERAPIA OCUPACIONAL						
	ENFERMERIA						
	PERSONAL ADMINISTRATIVO						
TRABAJO SOCIAL							

+

AREA	PROBLEMAS	PROBLEMA	INDICADOR	OBJETIVO mínimo	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO
ASPECTOS GENERALES SERVICIO DE SALUD MENTAL	INTERNOS	Jubilación o Alejamiento de profesionales	Cantidad de profesionales	Mantener un plantel mínimo de 5 psiquiatras, 7 psicólogos, 1 TO, 1 TS En función tres psiquiatras 7 psicólogos en función 1 t. ocupacional en función 1 trabajador social	Gestionar 3 cargos de psiquiatras, 1 Infantojuvenil. Gestionar Lic. Marcela Vega Nombramiento Lic. Vega	No disminuir los profesionales	anual
		Distribución de espacios y tiempos de profesionales Sin dificultad en consultorios externos Con dificultad de espacio en hospital de día	Sin lugar específico	Distribuir los consultorios de mejor manera, reasignar horarios de consultorio	Rehacer planilla de actividades	Planilla de Actividades	1 trimestre

	EXTERNOS	Escasa Participación Hospitalaria	Sin reuniones con Servicios, Depto. Medicina, Dirección, etc.	Promover las reuniones	Hablar con responsables superiores del Servicio	Lograr Reuniones No se logró	anual
		Escasa Relación Interinstitucional	Reuniones con otras instituciones	Reunión mensual con otra institución	Organizar o participar ante las convocatorias	10 Reuniones con otras instituciones al año Supero el objetivo	anual

ANEXO 3: Formulario de primera consulta de SSM

Universidad Nacional de Rosario

 Facultad de Ciencias de la Salud

 República Argentina

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

LUGAR
 URSUAM HD CRUZCEP TOLUANA
 HOSPITAL COAPS CHAC OTROS

FORMULARIO DE PRIMERA CONSULTA DE SALUD MENTAL

1 A COMPLETAR POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

Apellido del que completa: _____ Fecha: ____/____/____

INGRESA POR:

Admisión y internación Cuenta de 8 a 20 hrs. (Consultas de Cuarenta)

Cuenta pasiva o no de sustitua Internado por otro Servicio (Internación)

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 D.N.I. y P.C. _____ Nacionalidad: _____ Tel. _____
 Domicilio: _____

Ciudad Social

ACCIÓN SOCIAL PARTOJUM RAIBS PAMI DISA UOM OSECE OTROS

Grado de Instrucción

Nivel Inicial Primaria Completa (EGB1 y EGB2) Primaria Incompleta (EGB1 y EGB2)

Secundaria Completa (EGB3 y Politécnica) Secundaria Incompleta (EGB3 y Politécnica)

Técnico Universitario

Trabajo:

Desocupado Empleado Trabajador contratado Ama de casa Estudiante

Artista Expatriado Profesional Trabajador independiente

Estado Civil: Soltero Casado Unido de hecho Divorciado Viudo

2 A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL

Prescripción a realizar: _____ U.E. OR: _____

Consulta profesional Psicofísica o educación Otra

Cómo llega a la consulta

Inicial En profesional que hospitaliza en _____

Transferido de otro Pánico Otro

Resultado de la consulta:

Se Deriva a _____ Ingreso a Tró. Individual Ingreso a Terapia Grupal

Hospital de Día Ingreso a Sala de Espera (completar punto 3) Se Internó

Se Encuentra en Tró. en otro Lugar Concluye la Consulta Cambio de Día

3 ESPERA A: Psicólogo Psicóloga Analista OTRAS N.D.

AL LIT. DE: _____

Fecha de Emisión: ____/____/____ Caele para el día: ____/____/____ Hora: ____:____

por Lit. De: _____ No responde


Observaciones: _____

P00-F01 Trastorno Menstrual Oligomenorrea <input type="checkbox"/> P00-01 Menstruación en la infancia o adolescencia <input type="checkbox"/> P00-02 Menstruación anómala <input type="checkbox"/> P00-03 Menstruación en el embarazo <input type="checkbox"/> P00-04 Menstruación en el parto <input type="checkbox"/> P00-05 Menstruación en el puerperio <input type="checkbox"/> P00-06 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-07 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-08 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-09 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-10 Menstruación en el parto o puerperio	P00-F02 Trastorno de la ovulación <input type="checkbox"/> P00-01 Menstruación en la infancia o adolescencia <input type="checkbox"/> P00-02 Menstruación anómala <input type="checkbox"/> P00-03 Menstruación en el embarazo <input type="checkbox"/> P00-04 Menstruación en el parto <input type="checkbox"/> P00-05 Menstruación en el puerperio <input type="checkbox"/> P00-06 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-07 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-08 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-09 Menstruación en el parto o puerperio <input type="checkbox"/> P00-10 Menstruación en el parto o puerperio	P00-F03 Trastorno del comportamiento asociado a alteraciones fisiológicas y fisiológicas <input type="checkbox"/> P00-01 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-02 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-03 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-04 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-05 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-06 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-07 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-08 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-09 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-10 Trastorno de la conducta alimentaria
P00-F04 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-01 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-02 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-03 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-04 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-05 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-06 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-07 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-08 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-09 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-10 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo	P00-F05 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-01 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-02 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-03 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-04 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-05 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-06 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-07 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-08 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-09 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo <input type="checkbox"/> P00-10 Trastorno de la personalidad y del estado de ánimo	P00-F06 Trastorno del comportamiento asociado a alteraciones fisiológicas y fisiológicas <input type="checkbox"/> P00-01 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-02 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-03 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-04 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-05 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-06 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-07 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-08 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-09 Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> P00-10 Trastorno de la conducta alimentaria

Observaciones:

Diagnóstico Diferencial:

ANEXO 4: Protocolo de asistencia en la guardia general del HRU de usuarios de SM

<p style="text-align: right;">Ushuaia, 22 de julio de 2020</p> <div data-bbox="199 616 427 772"><p>Gobierno de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur</p></div> <p>Pedido de interconsultas con Servicio de Salud Mental.</p> <p>El día 15 de julio del corriente año, se realizó una reunión entre los servicios de guardia de emergencia y servicio de salud mental para consensuar como se llevará a cabo las interconsultas entre los mismos.</p> <p>En dicha reunión se acordó que, ante necesidad de evaluación por salud mental, el medico de de emergencia debe realizar llamada telefónica a guardia pasiva de salud mental comentando la situación clínica del paciente, que el mismo si no presenta alucinaciones auditivas/visuales así como excitación psicomotriz puede esperar la llegada del equipo en sala de espera en compañía de familiares dando aviso a policía que se encuentra en la entrada de triage.</p> <p>Los pacientes de salud mental no requieren trato distinto a cualquier otro que concurre a la guardia en cuanto a su observación.</p> <p>Se debe resolver la patología clínica previa antes de solicitar la evaluación por salud mental (intoxicación, por ejemplo).</p> <p>Que la espera para la llegada de guardia pasiva tiene que ser hasta 60 min.</p>	<p>En caso de patologías que no requieran evaluación en forma inmediata, las mismas serán referidas a servicio de salud mental con interconsulta escrita en donde conste horario de atención, motivo y la palabra guardia. Estos pacientes serán evaluados en demanda espontanea de salud mental a partir de las 8 de la mañana.</p> <p>Atte.</p> <div data-bbox="821 784 922 817"><input type="text"/></div> <p>Jefa de Departamento Emergencias.</p>
---	--

ANEXO 5 Recortes periodísticos de la inauguración de la internación de SM en el HRU



Sur54.com
Martes 09.10.2008

Tierra del Fuego
T 50°
MIN 0°
MAX 11°

Home Actualidad Economía Información General Municipales Política Contacto

Actualidad

25-10-2008 13:00

Nueva sala en el HRU: "Los trastornos de salud mental son un problema más de la sociedad", consideró Grieco

"Esto pretende ser un ámbito de internación para aquellas personas que necesitan un espacio para mejorarse, en un espacio adecuado, pero integrado al resto del hospital, entendiendo que los trastornos de salud mental son un problema más y que debe ser tomado como tal", sostuvo la ministra de Salud, María Grieco tras la inauguración de la nueva sala de Salud Mental en el Hospital Regional de Ushuaia. En FM del Sur adelantó que la próxima semana se conocerá "el acta con el orden de mérito de los postulantes" a cubrir la Dirección Médica del HRU.

Voto: ★★★★★ Resultados: ★★★★★ 0 comentarios

PARA VOLVER A ESTAR JUNTOS

"Fue algo muy esperado por todos y muy emotivo porque además de los trabajadores de hospital por un lado y pacientes de salud mental que están en atención, de la asociación civil y esto por otro lado, (Grieco) se mostró muy contenta para todos", expresó Grieco sobre el acto inaugural de la Sala.

Explicó que "tiene 8 camas de internación, una con dos camas para pacientes más agudas y otras dos con camas para mujeres y hombres por separado. No es un espacio solamente de internación, tiene un espacio común de reunión donde los pacientes pueden recibir a sus familiares, hacer actividades grupales, todas las condiciones para atender a los pacientes".

"Esto es una sala de internación con pacientes con problemas mentales, pero dentro de un hospital general. Resulta muy malo para estas personas las internaciones prolongadas de salud mental en institutos que existieron en otra época como manicomios y psiquiátricos", agregó.

Además, la Ministra mencionó que "se han incorporado tres enfermeras y la distribución del personal ha permitido que se pueda cubrir en todas sus turnos la sala que se está habilitando".

Por otra parte, se mostró conforme con el resultado del concurso para la cobertura de la Dirección Médica del HRU. "Están haciendo un trabajo impecable y de mucho esfuerzo porque hay 7 participantes. Ayer trabajaron en la evaluación de los antecedentes y hoy y mañana van a trabajar las entrevistas y exámenes de oposición oral. La semana que viene el jurado tendrá que elevar al ministerio el acta con el orden de mérito de los postulantes", anunció.

Finalmente, se refirió a los numerosos casos de abusos sexuales contra menores registrados durante la pasada semana. "Circunstancias como estas son problemáticas de tipo transversal, que no solamente tienen que ver con el Estado, la sociedad civil también tiene un lugar importante. Son indicadores de problemas sociales. Esto tiene que trabajarse desde los distintos ámbitos con distinto nivel de responsabilidad y desde Salud se da todo el apoyo y contención a los casos que llegan", concluyó.

LO MAS LEIDO

- 1 Coronavirus: 34 casos en Río Grande, 47 en Ushuaia, 1 en Tolhué y 3 nuevos fallecimientos en la provincia
- 2 Ushuaia obtuvo el sello "Safe Travel" otorgado por el Consejo Mundial de Viajes y Turismo (WTTTC)
- 3 Calentamos TDF: Se realizaron trabajos de socialización en espacios públicos
- 4 Turismo: La Provincia participó en día de charlas virtuales sobre accesibilidad y se muestran las prácticas locales
- 5 Legisladores se reúnen en la comisión de Salud para analizar diversos iniciativas

<http://www.sur54.com/nueva-sala-en-el-hru-los-trastornos-de-salud-mental-son-un-problema-mas-de-la-sociedad-considero-grieco>

eldiario
DEL FIN DEL MUNDO

Ushuaia, Argentina
Martes, 24 de diciembre de 2008
12°
Tercera LP sueldo \$7%

Inicio | Provinciales | Municipales | Deportes | Policiales | I-DIARIO | Más | Q

POPER
TIENDA ONLINE

Salud mental inauguró su área de internación propia

SALUD | 24/10/2008

En un acto encabezado por la gobernadora Fabiana Ríos, quedó inaugurada ayer la sala de internación de Salud Mental en el Hospital Regional de Ushuaia. El área habilitada se encuentra ubicada en la tira T1 del nosocomio y cuenta con ocho camas de internación, de las cuales dos serán destinadas a pacientes agudos, tres para la internación de mujeres y otras tres para la internación de hombres con padecimientos mentales. El doctor Esteban Cavalleri ocupa la Jefatura del Servicio, que dispone de un equipo de cuatro médicos psiquiatras, cinco psicólogos, ocho enfermeros, un terapeuta ocupacional, un licenciado en Trabajo Social, personal administrativo, auxiliar y mucamas, además de contar con mobiliario necesario. La Ministra de Salud, María Grieco manifestó que llevar adelante el acondicionamiento de este espacio físico en el hospital, "fue un esfuerzo importante en circunstancias muy complejas por las que atraviesa la provincia desde el punto de vista económico". La funcionaria observó que "tuvimos que remontar desde salud esta dificultad para poder incorporar el recurso humano necesario, particularmente de enfermería, para poder redistribuir y cubrir este sector", señalando que en el transcurso de este año se han incorporado 13 enfermeros al IRU y otros se encuentran en trámite.

Se incrementa capacidad de internación en un 40 %

Grieco afirmó que la inclusión de estas 8 camas significa un aumento del 40 % en la capacidad de internación de adultos del hospital, además de resolver la internación en forma adecuada de las personas con padecimientos mentales. Por su parte el doctor Esteban Cavalleri, consideró que esta sala brindará una internación "en condiciones adecuadas para que una persona con padecimiento mental este alojada en su cama, pero que a su vez tenga un espacio donde compartir y recibir a sus visitas en la forma más conveniente, y no necesariamente sentado en una cama como si tuviera el cuerpo enfermo". "Quiero señalar que este dispositivo de internación no es un manicomio, y que vamos a propiciar que nunca lo sea", remarcó el profesional, quien señaló que la psiquiatría y la psicología "han progresado mucho para poder ir alejando esos mecanismos que a lo mejor han sido necesarios en algún momento, pero ya no".

"Ahora tenemos un lugar adecuado para nuestros familiares"

La presidenta de la Asociación Civil para Salud Mental, Julia Aralda repasó las acciones desplegadas para la culminación de la sala de atención especial en el hospital de Ushuaia y reconoció "la labor implementada por la actual gestión de Gobierno que nos permitió inaugurar este sector", de Salud Mental. En el año 2005 la ONG integrada por familiares de pacientes fue la principal promotora de este proyecto. "I hemos trabajado mucho, con aciertos y desaciertos", subrayó Aralda, quien agregó que "también hemos comprendido y pretendido tener un lugar lo más adecuado posible para nuestros familiares", por lo que festejó que "ahora lo tenemos". "Podemos hablar desde la postura del familiar –sostuvo–, y creemos que le ha hecho muy bien a nuestros familiares porque las experiencias que estamos viviendo nos indican que no estábamos equivocados, ni nosotros ni los profesionales del servicio". Aralda aseguró que "este pequeño lugar nos ha dado muchas satisfacciones, no solamente por el hecho de haber cumplido lo que queríamos, sino por los resultados de nuestros familiares". Subrayó que "ahora la atención del paciente será más completa ya que tienen descompensaciones y problemas de relaciones con otra gente", y destacó la tarea que desarrollan los talleristas porque "cuando las situaciones son asistidas por un profesional de la salud mental, es más fácil el control". "Esto es un avance y una tranquilidad; sabemos que acá estos pacientes van a estar atendidos en forma diferente, no porque esto llegue a ser un lugar cerrado, sino porque los enfermeros van a estar especializados y van a atender pura y exclusivamente a este tipo de pacientes", remarcó Aralda.

DUTY FREE SHOP ATLANTICO SUR
VISITA NUESTRA TIENDA ONLINE

eldiario digital
el diario en papel digital
Regístrate y obtiene más de acceso gratuito para acceder al servicio.
Para suscripciones comunicarse al 02901 43571314

YPF

ANEXO 6 Protocolo de contención mecánica, material de ateneo y hoja de control de variables

ABORDAJE DE SUJECIÓN MECÁNICA Dra. Luján Sáez – Lic. Miriam Calderón

- CRISIS – INTERVENCIÓN VERBAL
– USO DE PSICOFÁMACOS
– SUJECIÓN MECÁNICA



Persistencia de riesgo cierto e inminente
Fundamentada en el cuidado de la salud
Enmarcada dentro de un enfoque de derechos

PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

- No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de paciente a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

CÓDIGO PENAL - Capítulo 6 abandono de personas

- ART. 106: "El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años."
- ART. 108: "Será reprimido con multa de pesos setecientos a pesos doce mil quinientos el que encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera, omitiere prestarle el auxilio necesario cuando pudiere hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad"

RECOMENDACIONES

- Eliminar objetos peligrosos próximos y prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos.
- Evitar cercanías con puertas y ventanas
- El equipo de salud se situará más próximo a la salida y sin cerradura
- Contar con la ayuda de 4/5 personas (extremidades y cabeza) y con alguien que coordine la intervención.
- Lenguaje claro, comprensible y sensible a las diferencias de edad, género, cultura, idioma.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con colaboración de otras personas (equipo de salud, acompañantes, personal de seguridad)
- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o sus acompañantes
- Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Material recomendado: cuero, silicona
- Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.
- La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente.
- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis.
- Atención digna, receptiva y humanitaria en ambiente de privacidad/intimidad.
- Disponer del tiempo necesario para la atención

IMPORTANTE

- IDENTIFICAR A LOS REFERENTES VINCULARES QUE PUDIERAN RESULTAR TRANQUILIZADORES Y COLABORAR DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN.
- En caso contrario, deberán ser incluidos en momentos diferenciados
- **CONSIDERAR QUE LOS REFERENTES VINCULARES TAMBIÉN REQUIEREN LA ATENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD**

La reacción al **miedo** es una variable frecuente:

- A) de la persona en crisis y/o de los referentes vinculares
- B) Del equipo de salud (ante las expresiones del paciente o por prejuicios y/o desconocimiento)

PROCEDIMIENTO

- Sujetar primero un brazo y la pierna **contralateral**, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.
- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones
- Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y de cuidar, la transitoriedad y brevedad posible de la medida.
- No dejar a la persona sola. Garantizar acompañamiento por parte del equipo de salud y/o referentes vinculares
- Considerar que se retirará en forma gradual cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación

ANEXO 7: Poster que se armó para un congreso que nunca se presentó

USHUAIA, BUSCANDO UN CAMBIO. LA NUEVA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

M. Calderón, E. Cavallieri, M. Saez, J. Urcullu.

Hospital Regional Gobernador Ernesto M. Campos, Servicio de Salud Mental, Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 deroga la Ley 22.914. El campo jurídico establece un orden, son las prácticas las que avalan la implementación, el tiempo las consolida y la resistencia al cambio está siempre presente.

La provincia de Tierra del Fuego sostiene un modelo de atención no manicomial con un dispositivo de internación de carácter breve. Desde el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Ushuaia se nos presenta la dificultad de cómo implementar en nuestra práctica las modificaciones que introduce la ley.

Resistencias, enojos, malestares, dificultades e interrogantes... Cuando hablamos de interdisciplina, ¿a qué nos referimos? ¿Es preciso hablar de intersectorialidad? ¿Quién ocupa el lugar de garante social? ¿Se plantean modificaciones en la etapa previa a la internación? ¿Quién actúa en primera instancia en las internaciones involuntarias? ¿Cómo será la participación de los actores involucrados?

Esta presentación pretende realizar un esquema de nuestra modalidad de trabajo bajo la ley 22914 y los cambios iniciales que introduce la aplicación de la nueva ley observando la reacción e interacción de los pacientes, los familiares, la justicia y los profesionales de la Salud Mental.

Presentadora: Calderón, Miriam. Los Guindos 547, Ushuaia, Tierra del Fuego, 54-2901-15607997 miriamcalderon@hotmail.com

ANEXO 8: Grilla de caracterización para analizar el perfil del personal de salud

La presente grilla será utilizada como insumo para la elaboración de la Tesis de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario realizada por la maestranda Miriam Calderón.

Título del trabajo de investigación: **Factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia durante el año 2019.**

La participación es anónima y tiene como objetivo analizar el perfil del personal de salud que trabaja en las internaciones de salud mental en el HRU.

Completando la encuesta Ud. acepta el uso de los datos para analizar los objetivos mencionados. Todos los datos son confidenciales.

	Definición y Operacionalización de las variables	Psic 1	Psic. 1	Enf. 1
profesión	Se tiene en cuenta el título profesional habilitante (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermero)			
edad	Edad que informan los entrevistados/os			
género	Se toma la identidad autopercebida (Mujer, varón, no binario/e/a)			
máximo nivel educativo alcanzado	Lo que refiere			
capacitaciones en salud mental	sí ha realizado no ha realizado			
capacitaciones en materia de derechos humanos	sí ha realizado no ha realizado			
conoce la LNSM	sí la conoce/no la conoce			
tuvo oportunidad de leer la LNSM	sí la leyó/ no la leyó			
recibió alguna capacitación de la LNSM	si recibió no recibió			

modalidad contractual	planta permanente/contrato			
trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva?	sí trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva no trabaja bajo el régimen de dedicación exclusiva			
trabaja en el ámbito privado?	sí trabaja en el ámbito privado no trabaja en el ámbito privado			
Años en el sistema de salud pública en TDF	cantidad de años en el sistema de salud pública de TDF			

¿Qué aspectos considera que mejorarían la atención de las personas internadas por padecimientos mentales en el HRU?

Comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la LNSM en las internaciones de salud mental en el HRU

ANEXO 9: Guía de entrevista para la Secretaría de SM

Factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia durante el año 2019.

Nombre de la Institución:

Fecha y hora de la entrevista:

Lugar donde se realiza la entrevista:

Entrevistado: (cargo que ocupa en la institución)

Profesión:

Antigüedad en el cargo:

Entrevistador:

EJES DE LA ENTREVISTA

FACTORES QUE FACILITARON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

FACTORES QUE DIFICULTARON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

FORTALEZAS DE LA GESTIÓN

DEBILIDADES DE LA GESTIÓN

AMENAZAS DEL CONTEXTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

OPORTUNIDADES DEL CONTEXTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

¿Cuáles son las acciones que desde el área a su cargo se han desarrollado para fortalecer la implementación de la LNSM?

¿Cuáles son las acciones que desde el área a su cargo se han desarrollado para efectivizar los derechos de las personas internadas?

¿Qué intervenciones se han realizado, desde el área a su cargo, en relación a las internaciones en salud mental?

¿Qué acciones se han llevado a cabo para la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud?

¿Conoce Ud. la internación de SM, la cantidad de camas, la modalidad de trabajo y la infraestructura del lugar?

¿Cuáles son, a su entender, los factores que facilitan y dificultan la implementación de la Ley Nacional 26657 en las internaciones de salud mental en el Hospital Regional Ushuaia?

¿Se han realizado gestiones para que a partir de la sanción de la LNSM se incluyan en los proyectos de presupuestos un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta un mínimo del presupuesto total de salud?

¿A nivel local se han desarrollado recomendaciones dirigidas a las universidades para que la formación de los profesionales sean acordes con los principios de la LNSM?

DE LA MATRIZ FODA

¿Cuáles son según su opinión las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la implementación de la ley que se han desarrollado desde su gestión?

ANEXO 10: Guía de grupos focales

Fecha y lugar:

Participantes:

Modalidad de la invitación a participar: Cada uno de los participantes fue convocado de manera telefónica e individual para informarles de la invitación a la participación de un grupo focal, a realizarse el día..... en..... en una sesión aproximada de dos horas. En esa comunicación telefónica se le informa de manera individual que el material que surja será utilizado como insumo para la elaboración de la Tesis de la Maestría en Gestión de Sistemas Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario realizada por la maestranda Miriam Calderón quien participará del grupo como observadora. La moderadora será una psicóloga del SSM . El título del trabajo de investigación es **Factores que facilitaron y dificultaron la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia durante el año 2019**. Asimismo se informa de manera individual que ese día tendrán la posibilidad de realizar todas las preguntas que deseen y que en caso de estar de acuerdo y firmar el consentimiento informado tendrán acceso a los resultados de la investigación al solicitarlo.

Moderador: se solicitó la colaboración de una psicóloga del SSM para facilitar la comunicación de los participantes quien se encargó de dirigir el grupo de acuerdo a las preguntas de la entrevista. El moderador luego de desarrollar las preguntas de la GUIA DE ENTREVISTA PARA GRUPOS FOCALES según corresponda, completa la matriz FODA con un fibrón de acuerdo a las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se mencionen.

Investigadora: registra notas de campo, toma nota de lo observado y lo que se va desarrollando en el encuentro. La investigadora preparó con anticipación la matriz FODA (ANEXO 10) en un papel afiche que se pegó en una pizarra.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PRIMER GRUPO FOCAL:

¿Cómo se encuentra conformado el Órgano de Revisión?

¿Cuáles son las principales tareas que el Órgano de Revisión desarrolla? Existe un reglamento interno?

¿Han apelado las decisiones de jueces en internaciones prolongadas?

¿Han realizado recomendaciones a la Autoridad de Aplicación?

¿Todos los integrantes del Órgano de Revisión conocen y han leído la LNSM?

¿Conocen las instalaciones de la internación en salud mental del HRU?

¿El Órgano de Revisión realiza supervisión periódica de las condiciones de las internaciones involuntarias o prolongadas?

¿Se cumplen los derechos de las personas internadas con padecimiento mental en el HRU?

¿Reciben notificación de las internaciones involuntarias y/o prolongadas?

¿En internaciones por causas sociales el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión?

En los casos de internaciones de 90 días el Órgano de Revisión ¿qué procedimiento aplica? (debería designar otro equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento a fin de obtener una nueva evaluación)

¿Han recibido informes del servicio de salud mental sobre irregularidades o situaciones en donde no se cumplen los derechos de las personas internadas o sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento?

¿Qué aspectos considera que mejoraría la atención de las personas en las internaciones en salud mental en el HRU?

¿Cuáles son las principales FORTALEZAS ?

¿Cuáles son las principales OPORTUNIDADES?

¿Cuáles son las principales DEBILIDADES?

¿Cuáles son las principales AMENAZAS?

Comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la Ley de Salud Mental en las internaciones de salud mental en el HRU:

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL SEGUNDO Y TERCER GRUPO FOCAL

En caso que la prolongación de una internación sea por problemática de orden social, ¿el juez ordena al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos?

En internaciones por causas sociales ¿el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión?

¿Se han ordenado al Órgano de Revisión que designe un equipo interdisciplinario para obtener una nueva evaluación en casos de internaciones de más de noventa días?

¿Qué aspectos consideran que mejoraría la atención de las personas en las internaciones en salud mental en el HRU?

¿Cuáles son las principales FORTALEZAS?

¿Cuáles son las principales OPORTUNIDADES?

¿Cuáles son las principales DEBILIDADES?

¿Cuáles son las principales AMENAZAS?

Comentarios, sugerencias, propuestas para mejorar la implementación de la Ley de Salud Mental en las internaciones de salud mental en el HRU:

ANEXO 11: Grilla de verificación normativa

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL	SI	NO	observaciones
Derecho a recibir atención sanitaria a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo			
Derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos			
Derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades			
Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por familiares			
Derecho a ayuda espiritual, según credo, si el paciente o su familia lo solicitan			
Derecho del asistido, su abogado o familiar que designe a acceder a su historia clínica			
Derecho a que en internaciones involuntarias o voluntarias prolongadas las condiciones sean supervisadas por el Órgano de Revisión			
Derecho a ser informado según las normas del consentimiento informado y que en el caso que no sean comprendidas por el paciente se comuniquen a sus familiares, tutores o representantes legales			
Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades			
Derecho a recibir tratamiento personalizado en un ambiente que resguarde su intimidad respetando su vida privada y con libertad de comunicación			
MODALIDAD DE ABORDAJE	SI	NO	observaciones
La atención en salud mental está a cargo de un equipo interdisciplinario acreditado por autoridad competente			
Las personas con discapacidad reciben la información con medios adecuados a su comprensión			
La autoridad de aplicación promueve el desarrollo de dispositivos alternativos a la internación			
La prescripción de medicación se administra con fines terapéuticos			
La prescripción de la medicación se aplica como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir cuidados especiales			

La renovación de prescripción de medicamentos se realiza a partir de evaluaciones y nunca de forma automática			
DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SI	NO	observaciones
Los profesionales con título de grado están en condiciones para ocupar cargos de conducción			
Los integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente			
Los integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la protección de su salud integral para lo cual se han desarrollado políticas específicas			
DE LAS INTERNACIONES	SI	NO	observaciones
Las internaciones solo se llevan a cabo cuando aportan mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones			
Cuando no se autorizan vínculos, contactos o comunicaciones de las personas internadas con sus familiares o red social , las razones terapéuticas están debidamente establecidas y fundadas			
La institución provee el uso gratuito de telefonía para las personas internadas			
Las evoluciones del paciente y cada una de las intervenciones se registran a diario en la historia clínica			
En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda			
Los organismos públicos competentes promueven recursos adecuados para resolver problemáticas sociales o de vivienda			
Todas las internaciones cuentan con evaluación, diagnóstico interdisciplinario, motivos que justifican la internación y firma de dos profesionales			
Existe una búsqueda de datos acerca de la identidad y del entorno familiar			
Se consignan en la historia clínica los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia			
Existe firma del consentimiento informado del paciente o su familia			
Se realizan las comunicaciones formales en internaciones prolongadas			
En internaciones por causas sociales el juez ordena al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y la externación a la mayor brevedad posible			

En internaciones por causas sociales el juez comunica esa situación al Órgano de Revisión			
En las internaciones involuntarias se especifican: dictamen profesional, ausencia de otra alternativa eficaz e informe de instancias previas si las hubiera			
Las internaciones involuntarias se notifican obligatoriamente al juez competente y al Órgano de Revisión			
En las internaciones involuntarias el estado proporciona un abogado desde el momento de la internación			
En las internaciones involuntarias se informa al usuario que tiene derecho a designar un abogado			
Existe la firma del consentimiento informado cuando una internación involuntaria pasa a voluntaria y se da aviso al juez			
En los casos de internaciones de 90 días el Órgano de Revisión designa un equipo interdisciplinario para una nueva evaluación			
En internaciones de menores de edad o incapaces se procede de acuerdo a la modalidad de las internaciones involuntarias			
Existe el pleno convencimiento del equipo de salud mental que la internación debe funcionar en el HRU			
Existe la plena convicción de los gestores que la internación deba funcionar en el HRU			
Los principios, derechos y garantías establecidos en la ley son conocidos por todos los integrantes de los equipos de salud			
Todos los trabajadores al momento del ingreso al sistema reciben capacitación específica de la ley			
Las Fuerzas de Seguridad ante situaciones de riesgo cierto o inminente intervienen procurando evitar daños y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias			
Existe protocolo de intervención elaborado por la autoridad de aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí y para terceros			

ANEXO 12 Registro de observación participante

¿Quiénes están presentes?

¿Cuándo ocurre?

¿Dónde ocurre?

¿Cómo está organizada la actividad?

¿Cómo se organizan las personas y cómo se relacionan?

¿Cómo se organiza la actividad?

¿Hay alguna secuencia común o patrón de comportamiento?

¿Qué creen las personas?

NOTAS DE CAMPO:

ANEXO 13: Matriz FODA

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

MATRIZ FODA	FACTORES POSITIVOS	FACTORES NEGATIVOS
<p>DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>son factores internos, elementos que forman parte del funcionamiento interno de la organización</p>	<p>FORTALEZAS</p> <p>son los puntos fuertes, aspectos que se desarrollan de manera correcta, habilidades, capacidades del personal, recursos actuales valiosos, recursos con los que se cuenta</p>	<p>DEBILIDADES</p> <p>son los puntos débiles, los obstáculos, aspectos que se desarrollan de manera deficiente, factores que hacen vulnerable a la organización</p>
<p>FUERA DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>son factores externos sobre los cuales no se tiene control, pueden ser de tipo económico, político, social, tecnológico</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>aspectos por fuera de la organización que permiten crecimiento y mejoría, son opciones favorables que ofrece el medio, refiere a algo que se puede aprovechar en beneficio</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>representan fuerzas o aspectos negativos fuera de la organización, pueden ser actuales o implicar potenciales problemas, riesgos a los cuales hay que enfrentarse</p>

ANEXO 14: Protocolo de internación del SSM en vigencia de la ley 22914

LA INTERNACION EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA. 2009

LA INTERNACION EN SALUD MENTAL – ASPECTOS GENERALES

La internación psiquiátrica en un Servicio de Salud Mental en un Hospital General en el siglo XXI debe ser analizada de manera particular.

La evolución del conocimiento de las ciencias de la Salud Mental, las valoraciones de los derechos humanos, los derechos de los enfermos, obligan a pensar la internación como un dispositivo de tratamiento, como una instancia que a veces se presenta como complemento de otras alternativas de tratamiento.

Deben considerarse también las particularidades geográficas y sociales de cada región.

La ciudad de Ushuaia tiene una población de aproximadamente 65.000 habitantes. Coexisten en la ciudad dos instituciones para la rehabilitación de personas con abuso o dependencia de sustancias: el C.P.A. – Centro de Prevención de Adicciones, en el ámbito público y la Asociación Civil Reencontrándonos, en el ámbito privado.

La geografía particular de la región, su condición de isla, la extrema latitud, las enormes distancias, son factores que obstaculizan la derivación a centros de hospitalización aguda o crónica. Las evacuaciones y traslados se realizan vía aérea y a elevados costos. Además en las patologías mentales es necesario trabajar con las familias.

Aún la provincia no cuenta con dispositivos alternativos a la hospitalización tales como hostales, programas de familias sustitutas para enfermos mentales, casas de medio camino.

El Hospital Regional Ushuaia es el único centro hospitalario de atención pública. La internación de un paciente con padecimiento mental se realiza de manera exclusiva en el Servicio de Salud Mental.

LA INTERNACION EN EL HRU – ASPECTOS PARTICULARES

El 23 de octubre de 2008 se inauguró el Sector de Internación del Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Ushuaia. Anteriormente los pacientes eran internados en la sala general.

El sector cuenta con tres habitaciones y ocho camas. Una habitación no tiene cerradura externa. No obstante, no podemos considerarla como sala de aislamiento ni de seguridad ya que sus paredes no son acolchadas, las ventanas son de vidrio y están forradas en cinta protectora transparente, no tiene rejas, el techo tiene placas desmontables desde el interior.

El acceso a la internación se realiza desde una puerta de ingreso que no ofrece mayor resistencia. Existe, además, una salida de emergencia que da hacia un patio interno con libre acceso.

Habitualmente se tiende a definir los Servicios de Salud Mental, en cuanto a si son "de puertas abiertas" o "de puertas cerradas". Nuestra posición, es considerar cada caso en particular, sin entrar en esta simple generalización, ya que la coyuntura descrita anteriormente como los condicionantes de la internación, nos ubican en tener que resolver sobre todos los casos planteados en la ciudad. Es decir, hay enfermos que podrán salir de la internación cuando así lo consideren, habitualmente las internaciones voluntarias, y enfermos que no podrán salir de la



internación sin previa autorización profesional, con visado de sus garantías constitucionales por medio de la Justicia Provincial, en cumplimiento con la Ley 22.914.

En el mismo sector funciona de lunes a viernes el Hospital de Día que aún no tiene infraestructura propia por fuera del hospital.

MARCO LEGAL

El marco legal regulatorio de la internación psiquiátrica en la provincia es la Ley Nacional N° 22.914 sancionada en 1983.

El 9 de diciembre de 1997, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, a través de la Acordada N° 958, aportó una importante variante a la situación planteada en la Ley 22.914 respecto al egreso de los pacientes. Dice: "En la providencia que decreta o mantiene la internación, los jueces dispondrán que cuando el causante se encuentre en condiciones de externación, el director del establecimiento deberá informarlo al juez y pedir el egreso. En caso de que no se comunique ninguna objeción en el plazo de 48 horas, el director deberá otorgar la externación y hacerlo saber al Tribunal dentro de las 24 horas siguientes a que se llevó a cabo la medida."

La provincia no cuenta con legislación provincial al respecto. Esta particular circunstancia ha originado históricamente dificultades entre el discurso jurídico y el psiquiátrico-psicológico ocasionando demoras en algunas altas de pacientes judicializados e internaciones que no se adecuan ni a los criterios de internación sostenidos desde el Servicio de Salud Mental ni a la infraestructura hospitalaria.

La Ley N° 17132 establece el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina. La Ley N° 23277, el Ejercicio Profesional de la Psicología. La Ley 24.004, el Ejercicio Profesional de la Enfermería y el Decreto 2497/93 Reglamenta la Ley de Ejercicio de la Enfermería.

Los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales se encuentran enunciados en varias declaraciones, incluso adquieren rango constitucional. Los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental de la Organización de las Naciones Unidas establecen normas claras para la actividad, y si bien no son vinculantes, rigen la buena práctica asistencial en Salud Mental.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

Una vez descriptos los condicionantes externos e internos del dispositivo de internación, conviene preguntarse cuáles pueden ser las prácticas asistenciales posibles de brindar en nuestra institución.

Entendemos que: somos los profesionales del Servicio de Salud Mental los responsables de establecer la modalidad asistencial analizando la singularidad de cada caso; somos también los responsables de definir los alcances de nuestra práctica en el tratamiento de la patología mental.

Garantizamos trabajo en equipo y análisis de cada caso dando intervención a los diferentes actores e instituciones que participan en esto tan complejo llamado salud mental: instituciones y actores de salud, justicia, desarrollo social, fuerzas de seguridad, educación, trabajo, cultura. Aún así no siempre podremos cubrir todas las necesidades ni dar todas las respuestas.

Luego de estas consideraciones e insistiendo en el análisis previo que debemos hacer en cada caso, podemos definir como criterios de admisión de internación en el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional de Ushuaia, los siguientes:



- pacientes mayores de 15 años: los niños tienen el derecho a ser hospitalizados junto con otros niños, evitando todo lo posible, su internación entre adultos.
- descompensaciones psiquiátrico-psicológicas agudas que no puedan ser tratados ambulatoriamente. Se incluyen aquí los estadios iniciales de una enfermedad mental que presente una persona y las descompensaciones de pacientes con enfermedades crónicas manifiestas.
- Todos aquellos trastornos en los que el Servicio de Salud Mental considere que el paciente se beneficiará con este dispositivo asistencial.

Conviene dejar en claro cuales no son criterios de admisión, y a los fines de no transformar a la internación en un mecanismo de control social o un instrumento de asistencia social:

- Problemáticas socioambientales, como la falta de vivienda, hogar o familia.
- Rehabilitación de personas con abuso o dependencia de sustancias.
- Conductas delictivas y/o desadaptativas cuando dichas conductas no son manifestación sintomática de enfermedades mentales.

LA INTERNACION EN SALUD MENTAL DEBE CONSIDERARSE COMO EL ULTIMO RECURSO TERAPEUTICO, DEBE SER LO MAS BREVE POSIBLE Y LO MENOS RESTRICTIVA QUE SE PUEDA.

EN NINGUN CASO PUEDE ESTAR INDICADA PARA RESOLVER PROBLEMAS SOCIALES O DE VIVIENDA, ES EL ESTADO EL QUE DEBE PROVEER LOS RECURSOS ADECUADOS.

El cuidado de pacientes queda a cargo de 2 enfermeros por turno, que componen la asistencia con el resto del equipo interdisciplinario: médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

NORMATIVAS GENERALES DE INTERNACION

La Decisión de Internar:

1- Valorar la necesidad de internación.

- Considerar a la internación psiquiátrica como último recurso terapéutico, acorde a los principios, el menor tiempo posible y de la forma menos restrictiva posible.
- Evaluar contención familiar y/o social, disponibilidad de lugar seguro y cumplimiento de pautas de tratamiento y seguimiento.





- Asignar responsabilidades a familiar o amigo, identificando en Historia clínica a la persona al cuidado, domicilio, Nombre y relación con el paciente.

2- Decidir Internación:

Normas Generales:

Informar acerca de los derechos del paciente en líneas generales.

Informar acerca de las normas de internación.

Obtener, en la medida de lo posible, un consentimiento informado del paciente, en el caso de ser internación voluntaria, o del familiar responsable, si es que lo hubiera.

Solo se autoriza a revisar las pertenencias de pacientes en el ingreso al servicio, cuando:

Se sospeche que exista riesgo inminente de suicidio o violencia, a fin de no permitir el acceso a instrumentos letales.

Se sospeche el ingreso de alcohol o sustancias.

El Servicio dispondrá los horarios de visitas y la modalidad de los mismos.

2-1- INTERNACION VOLUNTARIA

Hacer constar en Historia clínica la voluntad de aceptación de internación. Puede ser el paciente mismo o un familiar responsable. Esto habitualmente lo hace secretaria de sala en planilla acorde. Completar la planilla AD HOC de aviso al juzgado de internación, según la cual, habrá casos en donde se dará aviso al juzgado, y otras en las que no es necesaria.

2-2- INTERNACION VOLUNTARIA QUE SE TRANSFORMA EN INVOLUNTARIA. Cuando el paciente, haya ingresado de manera voluntaria, pero dada su evolución por circunstancias clínicas no reúne criterios de exte rnación, de haber conflicto de intereses se deberá dar aviso al Juzgado de Familia y Minoridad, para continuar con la internación de manera involuntaria, si la justicia así lo considera.

2-3- INTERNACION INVOLUNTARIA.

Se especificará y fundamentará en la panilla AD HOC, el carácter de la internación, para que tome conocimiento el Director de la Institución y el Juzgado de Familia y Minoridad. Se dará aviso a familiar responsable. El lapso de información, vía FAX, no deberá superar las 24 Hs Hábiles.

Se aconseja obtener a la brevedad opinión de otro profesional del equipo de Salud Mental.

2-4-INTERNACION INVOLUNTARIA QUE SE TRANSFORMA EN VOLUNTARIA

No ofrece dificultades

2-5 INTERNACION PARCIALMENTE VOLUNTARIA

Cuando la validez del consentimiento del paciente sea dudoso para el profesional o para terceros, deberá ser considerada como involuntaria, y proceder como tal.

El Registro de las Prácticas

- El paciente debe tener historia clínica psiquiátrica a completar durante las primeras 48 Hs. hábiles de internación, y evolución diaria profesional.



- Cuando la internación se prolongue más de 30 días, la evolución profesional debe ser no menor a tres por semana, con evolución diaria de enfermería.
- El caso será comentado con el equipo de internación, incluidos los enfermeros, a quienes se especificará sobre las particularidades que los profesionales consideren, acerca del deber de cuidado que deben realizar.
- El registro de las prescripciones farmacológicas solo está a cargo de médicos, pudiendo los psicólogos, Lic. en Terapia Ocupacional y Trabajadora Social hacer indicaciones específicas de su profesión.
- Las Salidas a Prueba y los deberes de cuidado específicos, solo pueden ser realizadas por médicos y psicólogos.
- El riesgo de suicidio o de fuga, debe quedar escrito formalmente en las indicaciones, en los casos que sea de esperar para extremar los cuidados del personal a cargo.
- Los profesionales de enfermería, deben tener conocimiento del caso, y actuar acorde a las reglas de su profesión, cuidando del paciente de riesgo con mayor recaudo respecto de quien no lo tiene.

Las Salidas a Prueba


- Las Salidas a Prueba y los deberes de cuidado específicos, solo pueden ser realizadas por médicos y psicólogos.
- Se deberá dejar Registro en evolución y prescripciones de enfermería, las salidas a prueba de los internados con día y hora de salida y de regreso.
- Se identificará persona a cargo, cuando lo requiera el caso, firmando planilla Ad Hoc.
- La identificación no será indispensable cuando la internación sea voluntaria.

Las Externaciones

- Los internados voluntariamente, se pueden retirar firmando la historia clínica como responsables, siempre con participación aunque sea telefónica, de un médico del Servicio.
- No se pueden retirar de la internación: Los internados involuntariamente, quienes internados voluntariamente, a criterio profesional deben continuar internados aún de manera involuntaria; quienes estén internados por orden judicial y no cuenten con alta profesional.
- Las Altas se informarán a enfermería, quien comunicará a Secretaria de Sala.
- Se informarán al Juzgado cuando correspondan, identificando dirección y familiar o persona responsable si lo hubiera.



ANEXO 15: Ateneos realizados durante el año 2009 para consensuar la modalidad operativa de la internación



*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
& Islas del Atlántico Sur
República Argentina*

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
Gobernador: Ernesto M. Campos
SERVICIO DE SALUD MENTAL

ATENEOS REALIZADOS

- **HISTORIA CLÍNICA**

Fecha: 8 de enero de 2009
A cargo de: Lic. Gloria Sarión
Lic. Miriam Calderón

Observaciones: Se trabajaron conceptos teóricos del Curso de Medicina Legal Pediátrica con material que aportaron los docentes del curso. Ambas profesionales compartieron conocimientos aprendidos, se facilitó un espacio de discusión crítica y se precisaron los errores más comunes que suelen cometerse en las historias clínicas.

- **HISTORIA CLÍNICA EN LA INTERNACIÓN**

Fecha: 15 de enero de 2009
A cargo de: Dra. Luján Sáez
Lic. Miriam Calderón

Observaciones: Se trabajaron y discutieron propuestas para sistematizar el ingreso de los pacientes internados. Se plantearon formularios de trabajo que fueron aprobados por el servicio tras realizar correcciones. Como resultado de este ateneo se consensuaron:

 - la hoja de ingreso del paciente
 - la hoja de evaluación semiológica
 - datos que no deben faltar en la hoja de evolución diaria de la carpeta de sala
 - hoja de intervención de Servicio Social
 - hoja de intervención de Terapia Ocupacional

- **CRITERIOS DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA**

Fecha: 14 de mayo de 2009
A cargo de: Dr. Esteban Cavallieri

Observaciones: Se trabajaron conceptos teóricos de las internaciones en salud mental. El Dr. Cavallieri presentó los "Criterios de Internación" que luego de ser trabajados por el equipo de sala se plasmaron en el trabajo de presentación del presente bajo los siguientes títulos:

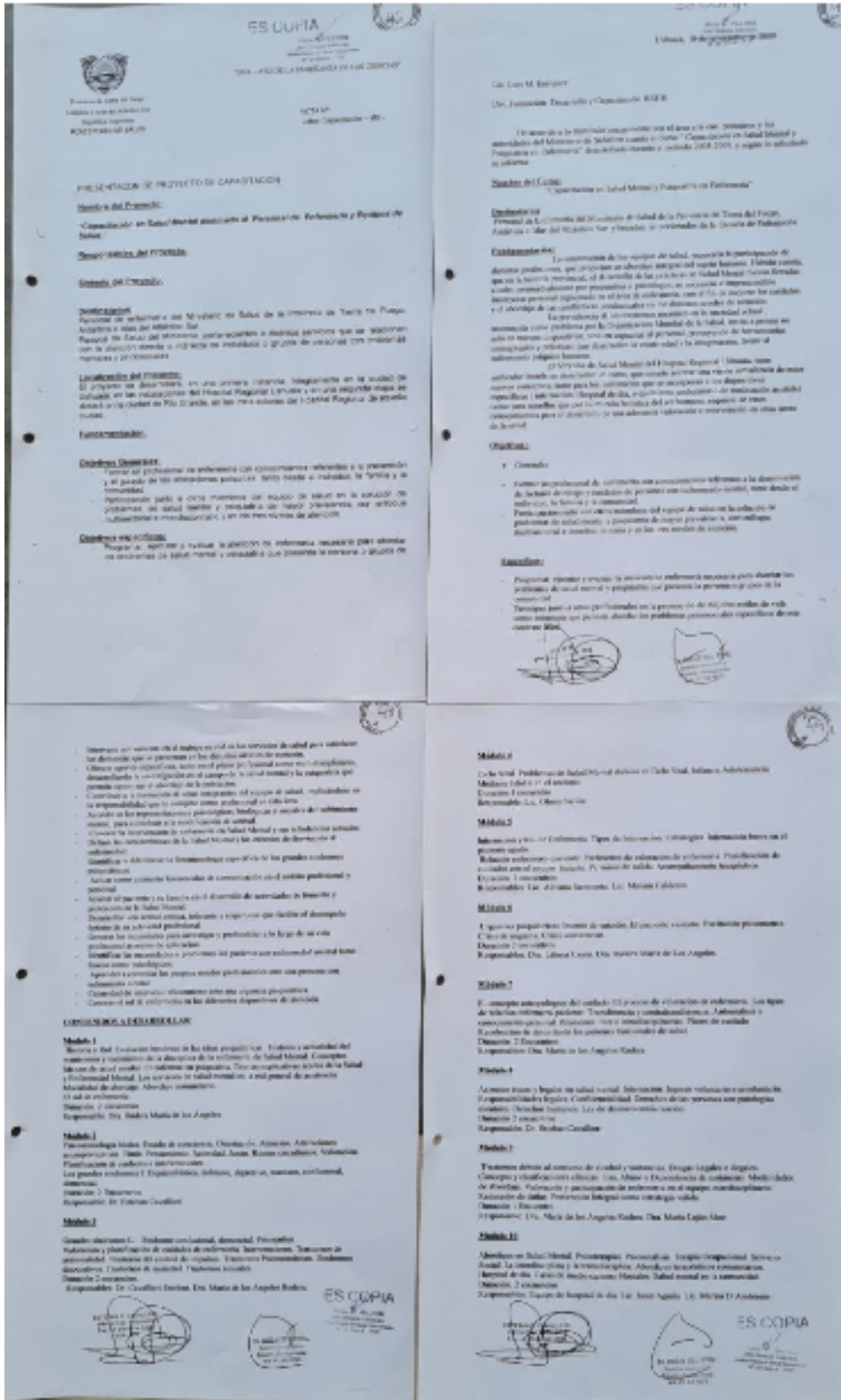
 - La internación en salud mental. Aspectos generales
 - La internación en el Hospital Regional Ushuaia
 - Marco Legal
 - Criterios de internación

- **LA SISTEMATIZACIÓN DE LA MODALIDAD OPERATIVA DE LA INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA**

Fecha: 17 de diciembre 2009
A cargo de: Lic. Miriam Calderón

Observaciones: Se propone presentar y discutir el trabajo final de la modalidad operativa de la internación para que pueda ser elevado para su aprobación y posterior implementación.

ANEXO 16: Capacitación en SM destinado al personal de enfermería y equipos de salud



ANEXO 17: Curso de actualización en Salud Mental en el marco de la Ley 26657 bajo modalidad virtual en el Campus de Salud Pública de la OPS/OMS



Ministerio de Salud de la Nación
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional
Campus Virtual de Salud Pública OPS/OMS



Fundamentación:

La consideración de aquellas situaciones en las que se vulneran los derechos de las personas con padecimiento psíquico (y sus consecuencias), supone una intersección necesaria, tanto desde el punto de vista conceptual como ético, entre los términos *Salud Mental* y *Derechos Humanos*.

Por un lado, en la promoción y protección de los derechos humanos, son necesarias múltiples acciones complementarias - con la común finalidad de velar por el cumplimiento de las normas que reconocen y reglamentan los derechos fundamentales en este país - como que se garantice la igualdad de oportunidades y no se discrimine a grupos o personas con padecimientos. Un ejemplo de esto lo constituyen aquellos seres humanos captados por los dispositivos de *salud mental*, sean estos públicos o privados. ¿Cómo hablar de derechos tales como el de la dignidad humana, de la identidad personal y cultural, o del derecho a vivir en comunidad (todos incluidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, por lo tanto, de carácter constitucional en Argentina), sin referirse al incuestionable impacto en la *salud mental*, para quien no le fueran garantizados y respetados estos elementales principios de acuerdo básico?

Cualquier supresión (o inaccesibilidad) de derechos, impacta en la construcción de subjetividad, alterando lo *mental* de la salud sea el que fuere su estado en ese momento, pero resultando de mayor gravedad en aquellas personas o grupos previamente vulnerados o desprotegidos comunitariamente o por el Estado. Podemos decir que **"toda violación de derechos humanos repercute en la salud del sujeto violentado, predominantemente en lo mental"**.

Página 1 de 7



Consideramos con especial preocupación los siguientes problemas:

- la gran cantidad de personas internadas por períodos terapéuticamente indeterminados (crónicamente, en buena parte) como principal expresión de falencias históricas y sistemáticas en las políticas públicas de salud;
- la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención (lo que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de *salud mental* por parte del Estado);
- la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales (en la consideración del *paciente* como objeto de tutela antes que como sujeto de derecho);
- la fragilidad del marco ético en que se desarrollan las prácticas asistenciales, observable esto por ejemplo en la excesiva medicalización farmacológica, como respuesta automática a los más diversos cuadros nosológicos (resultado de complejos procesos sociales, económicos, judiciales, vinculares y subjetivos).

Esta situación constituye un grave problema con consecuencias más o menos irreparables - según el caso - en situaciones de pérdida total de los derechos más elementales. Así, los problemas más característicos de la *salud mental* en Argentina remiten indefectiblemente a la desprotección de las personas frente a diferentes vulneraciones de derecho. Esto es, puede presumirse sin demasiado riesgo de error que, en casi toda historia clínica de personas con sufrimiento psíquico, alojadas en instituciones cerradas o totales, se pueden encontrar situaciones de violación de algún derecho humano fundamental.

Así, en nuestras sociedades asilares de exclusión del otro *paciente*, predominantemente mental, la norma es la máxima intervención custodial y represiva con la mínima constitucionalidad. Se trata de dispositivos de *control social*, antes que del *coestablicimiento* del mayor grado posible de salud. En definitiva, cuando no prima el principio de *intervención mínima* o, cuando ésta no se adopta como último recurso, la medida de internación se transforma en una reclusión potencialmente ilegal y, con toda seguridad, ilegítima.

El proceso que culminó con la sanción de la Ley Nacional de *Salud Mental* introdujo un profundo debate -aún no instalado en la sociedad, aunque sí en la esfera del saber técnico- sobre la antinomia que encierra la paradoja de proteger los derechos humanos inalienables de todo ser humano (incluidas las paradojas con sufrimiento psíquico) y la persistencia de prácticas asilares o *otacorporales* (cultura institucional de internación con permanencia indefinida: práctica custodial-tutelar en instituciones-depósito) atentatorias de dichos derechos.

Tratándose de una "cultura" que escapa y supera -justamente- el ámbito o campo de la *salud mental*, y que se encuentra enmarcada en el universo de las prácticas de discriminación y exclusión de todo lo distinto a "la norma" (normalidad) y a "lo improductivo" en una sociedad dada (principio de orden social de fines del siglo XIX), se requiere volver a pensar buena parte de nuestro maletín de ideas y acciones, propiciando iniciativas innovadoras, espacios de discusión y de reflexión con representantes del Estado en sus distintos estamentos y organizaciones de la sociedad civil, sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre *Derechos Humanos* y *Salud Mental*. Con el objetivo de generar esos espacios de articulación y capacitación permanente se presenta este curso de actualización.

Actualmente los avances tecnológicos y los desarrollos de propuestas educativas en soportes virtuales permiten que estas instancias sean accesibles a un mayor número de personas

Página 2 de 7

distribuidos en distintos ámbitos. El campus virtual de Salud Pública de OPS/OMS, con gran trayectoria en la modalidad, será el espacio de encuentro y aprendizaje en esta oportunidad.

Contribución esperada- Propósitos

El curso tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de las competencias de los recursos humanos en Salud Pública en Argentina. Promueve la formación de profesionales idóneos para intervenir desde un enfoque de derechos y con conocimiento de la Nueva Ley de salud Mental N° 26657.

Destinatarios:

Son convocados a participar desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación profesionales de las distintas jurisdicciones que se desempeñan laboralmente en el campo de la salud mental –sea en el trabajo institucional o de organizaciones sociales- o en el ámbito académico- así como a aquellos que muestren explícito interés en la intervención y el análisis sobre las problemáticas que hacen al mismo.

Se considerará, para la selección, que los postulantes cuenten con:

- Formación acreditada en salud mental desde el campo de la salud pública: conocimiento de la situación epidemiológica local, políticas públicas en salud mental, marco normativo vigente.
- Disponibilidad horaria de 6 hs semanales.
- Conocimiento y/o aptitud para el manejo de herramientas tecnológicas que faciliten el aprendizaje a distancia. Uso de internet y manejo básico de paquete office.

Objetivos

Generales

- Promover la comprensión e incorporación del enfoque de Derechos en las prácticas relacionadas con la Salud Mental.
- Contribuir a la reflexión sobre las prácticas instituidas y la implementación de prácticas según la normativa vigente.
- Desarrollar la capacidad crítica y argumentativa respecto de la Ley 26657.
- Promover la difusión de actualización conceptual y de buenas prácticas de intervención en salud mental de acuerdo a la normativa vigente.

Específicos

- Conocer los principios jurídicos y técnicos establecidos en los Instrumentos Internacionales de DDHH y la legislación nacional en Salud Mental, que quíen y/o requieran ese campo.
- Identificar y comprender las problemáticas actuales en el campo de la salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos.
- Explicitar y reflexionar acerca de los supuestos que sustentan las intervenciones en salud mental en la actualidad.
- Reconocer diversos modelos de atención en salud mental implementados a lo largo de la historia en el mundo.

- Reconocer e interpretar dimensiones y ejes ideológico-políticos que vertebran la ley 26657 en relación con la atención de los padecimientos mentales: reforma del modelo de atención, fiscalización y seguimiento de instituciones que cuentan con internación de personas con padecimientos mentales, rol de **usuarios**, familiares y **voluntarios** de personas con padecimientos mentales.
- Reflexionar sobre el rol de **los trabajadores** y profesionales de la SM: capacidad crítica, promoción y defensa de los DDHH.
- Reconocer al ámbito de intervención en salud mental como un espacio complejo y dinámico.
- Construir estrategias de intervención en equipo interdisciplinario en Salud mental.
- Reflexionar sobre oportunidades y dificultades que presenta la Ley para la intervención en casos complejos.
- Conocer normas, programas y prácticas locales de promoción, prevención, atención en el campo de la salud mental desde la perspectiva de los DDHH.
- Promover la difusión de la Ley 26657 y la implementación de buenas prácticas de intervención en salud mental desde un enfoque de derechos humanos.
- Analizar integralmente y críticamente las intervenciones en salud mental en el contexto de acción de los participantes.

Contenidos

Módulo I: La Salud Mental desde un enfoque de derechos humanos. Duración 3 semanas.

El Paradigma de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental. El lugar del sujeto de derecho en la intervención en salud mental. La responsabilidad del Estado: cumplimiento y **violación** de los derechos de la personas con padecimiento mental. La salud mental y los derechos humanos en la Constitución Nacional. Los instrumentos internacionales y las normas de derecho interno. Ley Nacional 26657. Principales enunciados de los Instrumentos Internacionales de derechos humanos: Las Convenciones, Declaraciones, Recomendaciones y demás instrumentos de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con padecimiento mental o psíquico. Del enfoque psiquiátrico "**psiquiátrico**" al modelo social de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Inimputabilidad, medida de seguridad y peligrosidad.

Módulo II: La Ley Nacional N° 26657. ¿Un cambio en el Modelo de Atención en Salud Mental? Duración 4 semanas.

Reforma del modelo de Atención. Fiscalización y seguimiento de personas institucionalizadas y de los DDHH de las personas con padecimientos mentales. La identidad y autonomía personal; su relación con el derecho a vivir en comunidad. Derecho a la mejor atención posible, consentimiento informado, elección de profesional y tratamiento, derecho a la libertad ambulatoria, internación como último recurso, principio de intervención mínima.

Módulo III: Lineamientos para la acción. Centrándonos en la práctica. Acerca de cómo intervenir desde la normativa vigente.

Duración: tres semanas.

Ejercicio profesional y su relación con el Sujeto de Atención: Rol profesional y Función social según los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos.

Cierre. Duración 2 semanas.

Despedida. Trabajo de Integración.

Equipo a cargo

El equipo a cargo del curso está conformado por una Coordinación General desempeñada por las autoridades de la Dirección Nacional de Salud Mental Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, un equipo docente integrado por la Coordinación pedagógica y los tutores, una Coordinación operativa y el Soporte técnico.

Metodología

El curso se realizará íntegramente en modalidad en línea, en la plataforma educativa virtual Moodle ubicada en el Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública de OPS/DMS.

Se utilizarán recursos didácticos y herramientas de la plataforma virtual acordes a estrategias docentes que favorezcan un aprendizaje significativo y que privilegien la reflexión y construcción de conocimiento compartida entre los participantes.

Los participantes serán organizados en grupos que estarán acompañados durante su proceso de aprendizaje por tutores virtuales con seguimiento permanente durante toda la propuesta.

Duración

El curso se extenderá a lo largo de doce semanas (tres meses). Se estima una carga horaria de seis horas semanales para realizar las tareas asignadas en el mismo.

Evaluación:

Se realizará un seguimiento permanente del proceso de aprendizaje de los participantes a partir de las tareas propuestas y su participación, contemplando su desempeño de acuerdo a los objetivos diseñados para el curso. Y hay una instancia de trabajo final de Integración.

Los tutores realizarán devoluciones en forma personalizada y grupal. Además se incluyen instancias de autoevaluación y de retroalimentación entre pares.

Certificación:

Quienes finalicen y aprueben la capacitación serán certificados con una constancia de participación por un total de 120 horas.


ANEXO 18 Formularios de internación de acuerdo a lo estipulado en el capítulo 7 de la LNSM

LEY 26657 - CAPÍTULO VII INTERNACIONES	
<p>Art. 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.</p>	
<p>Art. 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario debe registrarse a diario en la historia clínica. 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.</p>	
<p>Art. 16.- Toda disposición de internación dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:</p>	<p>Comunicación (M2) con el J. J. LEGAL (M2) CONSULTA DE LA INSTITUCIÓN</p>
<p>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.</p>	<p>Comunicación (M2) FORNECER INFORME DE INTERNACIÓN</p>
<p>b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.</p>	<p>Forma de notificación</p>
<p>c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando correspondiera. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará inválido si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapias aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.</p>	<p>Comunicación (M2) FORMA DE ASESORIO LEGAL</p> <p>Comunicación (M2) FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Cuando una internación involuntaria se transforme en voluntaria se debe hacer constar el consentimiento.</p>
<p>Art. 17.- En los casos en que la persona no estuviera acompañada por familiares o se desconociera su identidad, la institución que realice la internación en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.</p>	<p>Comunicación (M2) FORMA DE NOTIFICACIÓN DE URGENTE SOCIAL</p>
<p>Art. 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al Juez. El Juez debe evaluar en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación flase por problemáticas de orden social, el Juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la extimación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.</p>	<p>Comunicación (M2) FORMA DE CALIFICACIÓN DE PRODUCCIÓN DE INTERNACIÓN</p> <p>Formulario según: poder</p> <p>Copias de todo</p> <p>Original</p> <p>Órgano de Revisión</p>
<p>Art. 19.- El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán posible al profesional responsable y al Director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.</p>	

<p>Art. 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles las abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediana situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:</p> <p>a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.</p> <p>b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.</p> <p>c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.</p>	<p>Comentario (M17): FOCO DE ATENCIÓN: CONSULTA DE LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA</p>
<p>Art. 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al Órgano de Revisión, debiendo agregarse a los cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El Juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:</p> <p>a) autorizar, si evalúa que están dados los causales previstos por esta ley,</p> <p>b) requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria, y/o</p> <p>c) denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la extimación de forma inmediata.</p>	<p>Comentario (M18): FOCO DE ATENCIÓN: TIPOLOGÍA DE CUERPO: INFORME PERITAJE PERITAJE CONSTATAR EL ABUSO POR PARTE DEL JUEZ SI TIENE O NO ABUSADO</p> <p>Comentario (M19): FOCO DE ATENCIÓN: COMUNICACIÓN DE INTERNACIÓN INVOLUNTARIA. Hacer los copies para: Copia de sala, Juzgado, Órgano de Revisión</p>
<p>El Juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura, se negase a realizarla.</p>	
<p>Art. 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado y, si no lo hiciera, el Estado debe proporcionar uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la extimación en cualquier momento. El Juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.</p>	<p>Comentario (M20): FOCO DE ATENCIÓN: QUIÉ DEBE ABRAZAR EL PROCESO PERITAJE</p>
<p>Art. 23.- El alta, extimación o permisos de salida por facultad del equipo de salud que no requiere autorización del Juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 15 ó 26 de la presente ley.</p>	<p>Comentario (M21): FOCO DE ATENCIÓN: COMUNICACIÓN DE PERMISO DE SALIDA PARA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA, SUPLENIR, ALTERNATIVAS</p> <p>PERMISOS DE SALIDA COMPLETAR FOCO DE PERMISO DE SALIDA COMPLETAR LOS DATOS EN ACTUARIOS REPOSICIONAR</p>
<p>El equipo de salud está obligado a extimar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16, agotar con la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal.</p>	<p>Comentario (M22): FOCO DE ATENCIÓN: COMUNICACIÓN DE INTERNACIÓN PARA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA, SUPLENIR, ALTERNATIVAS</p> <p>Hacer los copies para: Copia de sala, Juzgado, Órgano de Revisión</p>
<p>Art. 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el Juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de re-evaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata extimación.</p>	
<p>Si transcurridos los primeros noventa (90) días y luego del tercer informe 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</p>	

<p>diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.</p> <p>Art. 25.- Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias el Juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.</p> <p>Art. 26.- En caso de internación de personas mayores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente Ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes además, se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.</p> <p>Art. 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, u otros dispositivos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.</p> <p>Art. 28.- 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 sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592.</p> <p>Art. 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar, al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al Juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento, o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no releva al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiere. <u>Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y, operará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.</u></p> <p><u>Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías establecidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de noventa (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los embajadores al sistema.</u></p>	<p>Comentario(ME13): EN CASO DE TRATO INDECENTE, INDEBIDO O LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA DE UN PACIENTE O DE UN INTEGRANTE DEL EQUIPO AUTÓNOMO A CARGO DE PREVENCIÓN Y LA SUPLENIR ELABORADO</p> <p>Comentario(ME14): EN EL TRÁMITE DE REALIZACIÓN DE LA SUBCOMISIÓN DE LA Ley 23592 DEBE SER CONSIDERADO COMO VIOLACIÓN AL SECRETO PROFESIONAL</p>
--	---


Hoja de ingreso que completa el personal de enfermería

<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">Hospital Regional Udelar Calle Maldonado, Esmeralda N. Gómez SERVICIO DE SALUD HOSPITAL</p> </div> <p style="text-align: center;">FICHA DE INGRESO DE ENFERMERÍA Fecha de internación: _____</p> <p>DATOS PERSONALES</p> <p>Apellido: _____ (de mamá) _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: _____ Edad: _____ Lugar de Nac. _____ D.N.I. _____ Universidad: _____ de instrucción: _____ Otro: _____ Dirección: _____ Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____ Estado Civil: _____ Domicilio: _____ Margen: _____ Grupo y sistema: _____ P.C. _____ Ed. _____ T. de _____ Ser. OJ. _____ T. de _____ Datos del grupo familiar: _____ Teléfonos de contacto: _____</p> <p>MOTIVO DE INGRESO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ESTADO DEL QUÉBRACO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>VALIDACIÓN DE RESPONSA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE <i>(describir grado, síntomas, dificultades que interfiere en su vida)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>FORMA DE INGRESO <i>(describir modo, estado de salud, acompañante por familia)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ANTECEDENTES CLÍNICOS</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Crónicas <input type="checkbox"/> Respiratorias <input type="checkbox"/> Renales <input type="checkbox"/> Oculares <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Froticoides <input type="checkbox"/> Anestésicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/></p> <p>MEDICACIÓN HABITUAL...DIETA Y MEDICACIÓN QUE ENTREGA A ENFERMERÍA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>PREFERENCIAS QUE EL PACIENTE ENTREGA A ENFERMERÍA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO</p> <p>_____</p> <p>NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE LAS NORMAS DE INTERNACIÓN</p> <p>En Udelar, a los _____ días del mes de _____ del año _____, me notifica de la reglamentación vigente que me ha sido debidamente comunicada por el enfermero/a _____.</p> <p>Además toma conocimiento de la planilla "INFORMACIÓN PARA PACIENTE" comunicada y explicada por el enfermero anteriormente mencionado y me hago responsable por los datos que _____ suministrando debidamente en el presente día.</p> <p>En este mismo caso me notifica que el personal de enfermería está autorizado a retirar los pertenencias del paciente cuando existe riesgo de autolesión, violando o violable a fin de evitar el ingreso de elementos peligrosos o punzantes y de bebidas alcohólicas o sustancias.</p> <p>FIRMA SOLAPACIÓN D.N.I. _____</p>
---	---

Hoja de intervención de Terapia Ocupacional y Hoja de intervención de Servicio Social

<div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">Hospital Regional Universitario Calle Corrientes 100, Rosario Servicio de Salud Hospital</p> </div> <p>INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Fecha de intervención: _____ Hora: _____</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:</p> <p>1 - Si tuviera que seleccionar un rol ocupacional que lo define, cuál sería? (Nombrar el rol)</p> <p>2 - ¿Puede sostener un patrón de participación ocupacional en el rol de _____?</p> <p>3 - ¿Participa actualmente en trabajo, juego, hobbies y actividades de la vida diaria cotidianas que son deseables y/o necesarias para su bienestar?</p> <p>4 - ¿Puede desempeñar estas actividades ocupacionales?</p> <p>INDICACIONES Y OBSERVACIONES</p> <p>FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE</p>	<div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">Hospital Regional Universitario Calle Corrientes 100, Rosario Servicio de Salud Hospital</p> </div> <p>INTERVENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL Fecha de intervención: _____ Hora: _____</p> <p>DATOS PERSONALES</p> <p>Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nac. _____ Edad: _____ Lugar de Nac. _____ DNI/LC/LE/Céd. Ident./Pat. N° _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Estudios cursados: _____ Ocio Social: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Teléfonos de contacto: _____</p> <p>DATOS DE LA INTERVENCIÓN</p> <p>¿Cómo llegó al paciente? _____ ¿Con quién consultó? _____ ¿Acepta su intervención? _____</p> <p>INTERVENCIÓN PREVIAS SI - NO Lugar y fecha última intervención: _____ INTERVENCIÓN ACTUAL SI - NO _____ OTRO DE INTERVENCIÓN expedida por: _____</p> <p>DATOS DEL CUERPO FAMILIAR CONVIVIENTE</p> <p>DATOS DEL CUERPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE - SER EXTERNO</p> <p>SI EL PACIENTE PODRÍA BENEFICIARSE DE LA INTERVENCIÓN</p> <p>INTERES ANTES DE TRABAJO E INGRESO APROXIMADO</p> <p>SITUACIÓN RESIDENCIAL</p> <p>VIVIENDO</p> <p>CONTEXTO SOCIAL EN EL QUE SE DESARROLLA</p> <p>FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE</p>
--	---

Consentimiento informado e Información para los pacientes



HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
Cobertura: Eje 101, C/100
SERVICIO DE SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los profesionales intervinientes me han dado una pormenorizada explicación acerca de mi estado de salud actual y de:

a- la naturaleza del procedimiento propuesto:

b- sus beneficios:

c- sus riesgos:

He podido reflexionar acerca de lo expuesto, a la vez que he podido formular todas las preguntas que tanto yo como mis familiares hemos querido hacer para aclarar todas las dudas. Por todo lo anterior, autorizo a los profesionales del Servicio del Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Ushuaia, a llevar a cabo el procedimiento propuesto.

En la ciudad de Ushuaia, el día _____ de _____ del año _____.

Firma del paciente o representante legal: _____ Firma del profesional: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Información para los pacientes

Cuando usted ingresa al hospital en calidad de paciente deberá brindar los datos solicitados al personal de enfermería para facilitar el trámite administrativo de admisión.

Deberá presentar:
Documento de identidad
Carnet de la obra social

En caso que el paciente no esté en condiciones de hacerlo, la información será suministrada por un familiar o acompañante.
 En el caso que no exista familiar o acompañante facilita obtener un número de contacto.



Recuerde

El personal de enfermería supervisará los elementos que ingrese.
 Debe traer sus propios elementos de higiene personal.
 Debe entregar sus elementos de valor y dinero a su familia o acompañante. La institución no se responsabiliza por la pérdida de los mismos pues no cuenta con medios de custodia de objetos de valor.
 Debe traer a la internación los elementos mínimos necesarios para evitar cualquier tipo de inconveniente.
 Deberá entregar su celular y su computadora a sus familiares o acompañantes.
 Está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas o sustancias dentro del hospital.
 El hospital es un área libre de fumo y está prohibido fumar dentro de sus instalaciones.

Autorización de visitas


Serán autorizadas en cada caso por los profesionales tratantes.
 En el caso que sean autorizadas los horarios son los siguientes:
 mañana 10:00 a 11:00 horas
 tarde 16:00 a 19:00 horas
 Puedo recibir a sus visitas en el SUM y el patio interno en los horarios que no funciona el Hospital de Día.
 El televisor y el equipo de música son de uso compartido.
 Podrá solicitar material didáctico y de lectura a enfermería.

El paciente y/o su acompañante se hará responsable por los daños que el paciente ocasione, dejándose debida constancia en la historia clínica.

TIERRA DEL FUEGO

Comunicación de externación para internaciones involuntarias, menores o incapaces



*Provincia de Santa Fe, fundada
a 24 de febrero de
1852*

HOSPITAL REGIONAL ROSARIO
Cabeceador: Ernesto M. Campos
SERVICIO DE SALUD MENTAL

**COMUNICACIÓN DE EXTERNACIÓN PARA INTERNACIONES INVOLUNTARIAS,
MENORES O INCAPACES**

Fecha: _____
Hora: _____

**SEÑOR DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL ROSARIO**

Por medio de la presente se comunica que el paciente
que ingresó el día a la internación de este Servicio de Salud Mental de manera
involuntaria por mala situación de riesgo de su entorno y/o por menor de edad y/o ser incapaz, se
encuentra en condiciones de alta según el criterio del equipo profesional que lo ha atendido.

Oportunamente se cumplió en informar los sucesos que motivaron su internación en los términos de la Ley
26687.

COORDINACIONES:

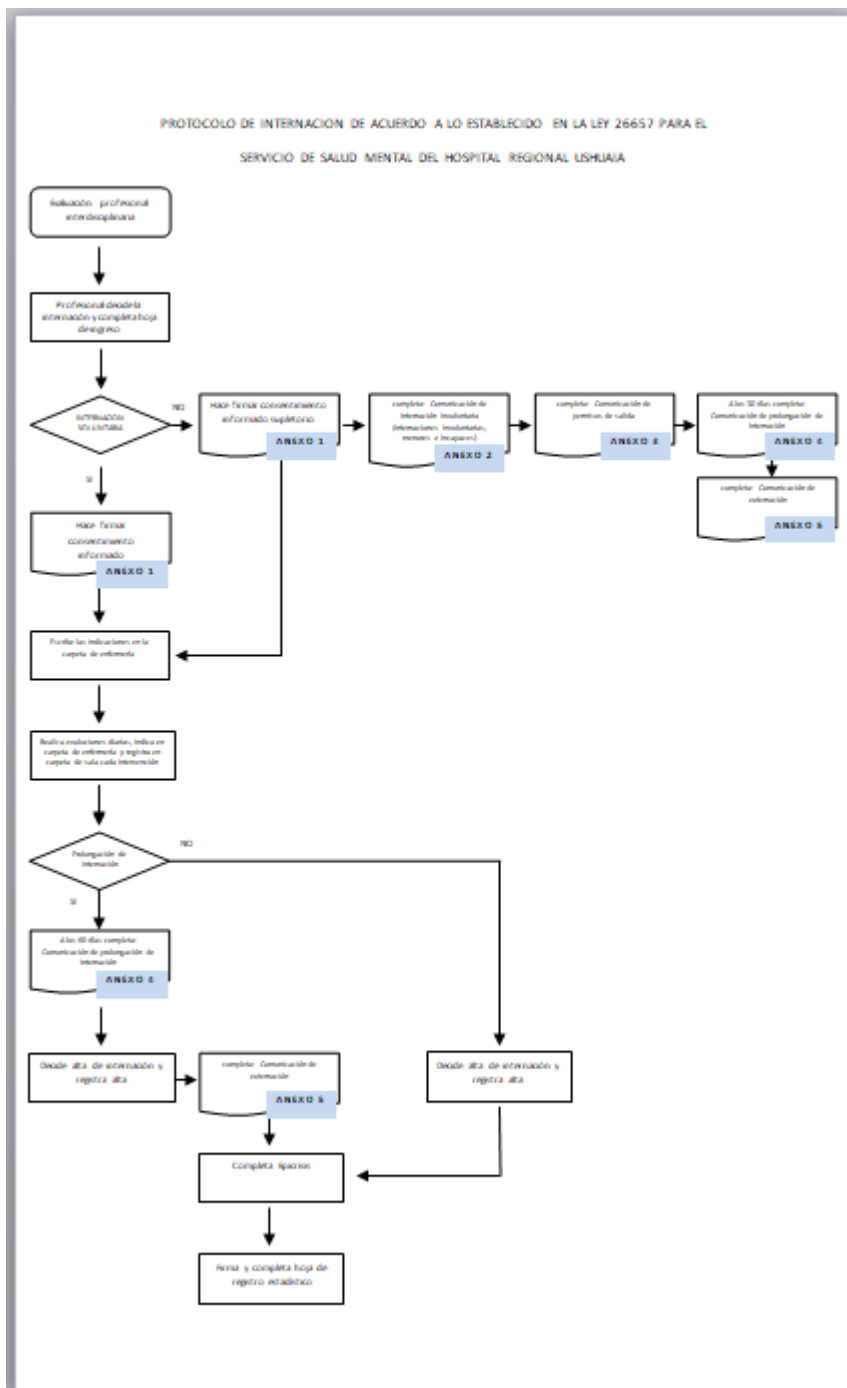
FINIA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES: _____ FINIA DEL JEFE DEL SERVICIO _____

*Art. 20. De la internación a permisos de salida con facultad de salida que no requiere autorización del
Jefe. El mismo deberá informarse al teniente de una internación involuntaria, a solicitud y/o informarse en los
términos de los artículos 10 y 20 de la presente ley. Ley 26687*

FINIA Y SELLO DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL
D/C
Apellido: _____
Organismo de Función: _____

Integración de la Ley y Adhesiones certificadoras:
Servicio de Salud Mental: _____
Dirección de Profesión: _____
Oficina de Defensa de Derechos: _____

ANEXO 19 Flujoograma en concordancia con las áreas administrativas intervinientes



ANEXO 20: Incorporación de los formularios de las internaciones involuntarias a la historia clínica digital

Informe de Hospitalización

hru.saludtdf.gov.ar:8080/saludhru/servlet/minformehospitalizacion?cB6GZW2146jndi

Informes de Hospitalización

Filtros

Centro de atención: **HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA**

Tipo de Documento: (Ninguno) Número:

Apellido:

Nombre:

Nro. HC:

Nro. Informe: Nro. Informe Egreso:

Servicio: **INTERNACION SALUD MENTAL** Especialidad: **SALUD MENTAL** Sala/Habitación: **-TODAS-**

Fecha Ingreso Desde: Hasta: Tipo Internación: **-TODAS-**

Solo Pacientes Internados:

Salud Mental Involuntaria

Informe de Hospitalización

hru.saludtdf.gov.ar:8080/saludhru/servlet/minformehospitalizacion?cB6GZW2146jndi

Historia Clínica

Apellido:

Nombre:

Nro. HC:

Nro. Informe: Nro. Informe Egreso:

Servicio: **INTERNACION SALUD MENTAL** Especialidad: **SALUD MENTAL** Sala/Habitación: **-TODAS-**

Fecha Ingreso Desde: Hasta: Tipo Internación: **Salud Mental Involuntaria**

Solo Pacientes Internados:

Impresiones

- Comunicación de Internación
- Permisos de Salida
- Prolongación de Internación
- Comunicación de Externación

Salir

Nro.	Nro.	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Tipo Internación	Tipo de Egre
872		20/08/2019 18:19:00	31/08/2019 10:31:00	Salud Mental Involuntaria	ALTA
988		30/08/2019 01:06:00	09/11/2019 10:54:00	Salud Mental Involuntaria	ALTA
1256	2019	19/09/2019 20:00:00	26/09/2019 11:36:00	Salud Mental Involuntaria	ALTA
1336	2019	26/09/2019 13:41:00	30/09/2019 13:05:00	Salud Mental Involuntaria	ALTA

ANEXO 21: Capacitación de la LNSM para los acompañantes terapéuticos con modalidad taller organizada por la Asociación Acompañantes Terapéuticos Fueguinos Unidos

Charla Informativa

Ley de Salud Mental

Ley Nacional N° 26657
Ley provincial N° 1227

Dirigida por la Lic. Calderon Miriam en
compañía de la Trabajadora Social Aguilar Janet,
Integrantes del servicio de Salud Mental del HRU.

Fecha: 18 de Diciembre
Hora: 9:00hs
Dirección: San Martín 1052



AATFU
MATRÍCULA N° 1456
Asoc. AT Fueguinos Unidos

INSCRIPCIONES AL
☎ Phone: 2901-401285

ANEXO 22: Consentimiento Informado

Título del proyecto: Factores que facilitan y dificultan la implementación de la Ley 26.657 en las internaciones de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia durante el año 2019.

Lugar y fecha:

He sido invitado/a a participar del trabajo de investigación realizado por Miriam Calderón. El material que surja será utilizado como insumo para la elaboración de su tesis para la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario.

Se me ha brindado la información de manera clara y comprensible para que pueda tomar una decisión libre y voluntaria sobre mi participación.

He podido hacer todas las preguntas que he considerado necesarias, y conozco que en cualquier momento puedo decidir retirarme.

El estudio no provocará ningún efecto adverso sobre mi persona, ni me generará gasto económico alguno.

Se protegerá mi privacidad y la confidencialidad de los datos que aporte.

En caso que lo solicite tendré acceso a los resultados de la investigación.

Cuento con los datos de contacto de la autora para poder comunicarme con ella.

Respecto de la declaración de conflictos de intereses la investigadora garantiza que el objetivo de este trabajo es cumplir con el requisito para la aprobación de la maestría y para contribuir en la mejora en los servicios de salud. Se espera que la incorporación de los instrumentos utilizados puedan ser utilizados en investigaciones posteriores y aporten conocimiento para la gestión. Asimismo la autora garantiza realizar el trabajo con honradez, compromiso, transparencia e imparcialidad y no percibir ningún beneficio económico ni existir ninguna fuente de financiación.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DE LA INVESTIGADORA