



FUNDACIÓN H. A.  
**BARCELÓ**  
FACULTAD DE MEDICINA



**ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL GENERAL:  
DEL MODELO HOSPITALOCÉNTRICO A UNA RED DE SERVICIOS CON  
BASE EN LA COMUNIDAD**

**DIRECTORA: Pomares, Lucía.**

**INVESTIGADORA COLABORADORA: Korín, María Milena**

**SEDE-LUGAR: Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía,  
CABA**

**PERIODO: Octubre 2018 – Mayo 2020**

**CONTACTO DE LA AUTORA: pomareslucia@gmail.com (05411)  
58854895**

# ÍNDICE

I.	Resumen / Abstract.....	1
II.	Introducción:.....	2
	a. Planteamiento del Problema (pregunta problema) y su contextualización .....	2
	b. Justificación y Relevancia.....	3
	c. Objetivos: General y Específico .....	5
	d. Marco conceptual .....	6
III.	Metodología .....	8
	a. Tipo de estudio.....	8
	b. Muestra .....	8
	c. Ámbito de estudio .....	9
	d. Fuentes e instrumento de recolección de datos.....	9
	e. Procesamiento y análisis de la información.....	10
IV.	Resultados:.....	11
V.	Discusión y Conclusión .....	14
VI.	Bibliografía .....	16
VII.	Anexos .....	19

## **I. Resumen / Abstract**

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 e instrumentos internacionales en la materia establecen lineamientos para orientar las políticas públicas de salud mental hacia un modelo de atención comunitaria, que promueva la inclusión social de las personas con padecimiento mental a través de una red de servicios socio-sanitarios. Esta norma sancionada en el año 2010 se ha constituido en un punto de inflexión para transformar las concepciones y prácticas de los servicios de Salud Mental.

La Ciudad de Buenos Aires posee una legislación progresista e inclusiva en el campo de la salud y una ley propia en Salud Mental, antecedente que ha sido reconocido en el proceso de formulación de la Ley 26.657. Posee una estructura amplia de servicios de salud en su territorio, organizada en niveles de atención. Históricamente, el hospital monovalente ha sido el efector de mayor complejidad para la atención del trastorno mental severo. La legislación vigente obliga a adecuar la organización y funcionamiento de los servicios para el cierre progresivo de este establecimiento y el fortalecimiento y desarrollo de otros dispositivos socio-sanitarios. El hospital general tiene un rol clave en esta nueva configuración como único efector habilitado para la internación de salud mental. Hasta entonces, las internaciones solían efectuarse en los hospitales psiquiátricos, propiciando tratamientos excesivamente prolongados y cronificando el padecimiento mental de las personas.

Este trabajo se propuso investigar un caso concreto de adecuación de un hospital general a la legislación nacional vigente, haciendo foco en la práctica de internación. Indagamos las representaciones y las prácticas de los profesionales de salud de la institución hospitalaria vinculados al cuidado de la salud mental. Se eligió como ámbito de estudio el Hospital General de Agudos “José María Ramos Mejía”, ubicado en la zona Centro de nuestra Ciudad y correspondiente a la misma área sanitaria de la Facultad de Psicología de la Sede Larrea, Universidad Barceló.

## **II. Introducción:**

### **a. Planteamiento del Problema (pregunta problema) y su contextualización**

#### **Preguntas problema**

- I. ¿Cómo se representa el abordaje del padecimiento mental severo en el imaginario social de los/as trabajadores/as del Hospital General?
- II. ¿Cuáles son los componentes neurálgicos del dispositivo de internación en el hospital general para analizar su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental?
- III. ¿Qué líneas de acción pueden promoverse desde la gestión hospitalaria a fin de lograr avances en la adecuación a la Ley Nacional de Salud mental?

#### **Contextualización**

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N °26.657 en el año 2010 puso en tensión un paradigma histórico de atención del padecimiento mental centrado en el hospital psiquiátrico y promulgó la implementación de una red de servicios de salud mental con atención de las personas en los ámbitos comunitarios donde viven y/o trabajan, en el marco de la estrategia de atención primaria de la Salud.

La Ciudad de Buenos Aires posee una estructura importante y amplia de servicios de salud del ámbito público en su territorio, organizada según niveles de complejidad en centros de salud (CESAC), Centros de Especialidades médicas de referencia (CEMAR) y Hospitales generales. Dichos efectores, de atención de la salud a nivel general, incluyen el componente de Salud Mental en los servicios y prácticas que brindan, promoviendo servicios de carácter prioritariamente ambulatorios y en ámbitos comunitarios. En el marco de esta red, el rol del hospital general se ha ido ampliando progresivamente e instituyéndose -a partir de la sanción de la ley de Salud Mental- en el único efector de salud habilitado para la internación por motivos de salud mental.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La nomenclatura “hospital general” abarca de forma genérica a los hospitales generales o modulares públicos y privados (por ejemplo, la clínica o sanatorio general)

No obstante, en la Ciudad de Buenos Aires persiste el funcionamiento de grandes instituciones psiquiátricas de Salud Mental, como ser el Hospital J.T. Borda, el B. Moyano y el Hospital C. Tobar García, en los cuales continúan funcionando servicios de internación para hombres, mujeres y niños respectivamente, generando tensión e intersticios frente a la legislación nacional actualmente en vigencia.

Dicha jurisdicción consta de 13 hospitales generales de agudos, entre ellos se destaca, como uno de los efectores más relevantes, el Hospital General de Agudos “José María Ramos Mejía”, ubicado en un área geográfica relativamente céntrica de la Ciudad, en el barrio de Balvanera. El Hospital General Ramos Mejía posee históricamente un servicio específico para la atención de la Salud Mental, con profesionales de planta de diversas disciplinas vinculadas al campo, entre ellas psiquiatría, psicología y trabajo social. Asimismo, a partir del año 2006 posee un equipo interdisciplinario de salud mental en el Servicio de Guardia, con atención las 24 horas.

Si bien históricamente el servicio de Salud Mental del Ramos Mejía no posee sala de internación propia, efectúa las internaciones por motivos de Salud Mental en otros servicios del efector. Actualmente presenta el desafío de adecuar sus servicios hospitalarios para ofrecer respuestas efectivas a las necesidades de internación en salud mental y generar la articulación necesaria con los dispositivos ambulatorios para el cuidado y seguimiento de la salud mental de las personas posterior a su internación, evitando prolongar las internaciones y cronificar el padecimiento mental.

## **b. Justificación y Relevancia**

El aislamiento, la marginación y la estigmatización de las personas con padecimientos mentales, por un lado, y por otro lado, la asimetría frente a los profesionales, así como también la exclusión de espacios o de redes sociales, marcó y cristalizó durante mucho tiempo la atención de las personas con padecimientos mentales en nuestro país, dentro de instituciones asilares que funcionaron al margen de la dinámica social, en general, y también al margen de los sistemas de atención de las enfermedades en particular. En este dilatado proceso el hospital general se conformó como un espacio para la atención de dolencias orgánicas, sustrayendo la dimensión de lo mental, y reforzó así la respuesta segregativa y reclusiva encarnada por los asilos psiquiátricos.

**La Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) promueve la transformación de las prácticas profesionales y de los servicios de salud mental desde un paradigma asilar hacia una red de cuidados progresivos**, con funciones específicas para cada uno de los niveles de atención, a fin de garantizar la efectiva atención del padecimiento mental desde una perspectiva de derechos e inclusión social.

**Dado que Argentina presenta un sistema de gobierno de carácter federal, es necesario revisar el grado de avance logrado en las distintas jurisdicciones** en torno a la promulgación de leyes o normativas que hayan planteado innovaciones en aspectos específicos tales como las modalidades de internación, el régimen de egresos, la participación comunitaria y el respeto por los derechos humanos de los pacientes.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee una legislación en salud progresista e inclusiva en salud, antecedente que ha sido reconocido en el proceso de formulación y sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Se destacan, en su plexo normativo, aquellas normas orientadas a promover la atención de las personas con padecimiento mental basada en la perspectiva de derechos (Ley básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley de Salud Mental de la Ciudad, entre otras), mediante una modalidad de abordaje interdisciplinario e intersectorial que aliente distintas oportunidades para la inclusión social de las personas institucionalizadas.

Hasta el año 2010, la Ciudad de Buenos Aires tenía como legislación rectora en materia de Salud Mental la ley jurisdiccional de Salud Mental N° 448, sancionada en el año 2000, la cual, si bien establece la necesidad de desarrollar una red de servicios ambulatorios con base en la comunidad, reconoce al hospital psiquiátrico como efector habilitado para la internación por motivos de salud mental.

**La Ley Nacional de Salud Mental 26.657** establece taxativamente la prohibición de continuar llevando a cabo prácticas de internación en hospitales psiquiátricos, establece su cierre u adecuación progresiva y **le otorga un lugar clave al Hospital general como único efector habilitado para la internación del padecimiento mental**. Establece en su ARTÍCULO 28 que *“Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592 que requiere adecuar sus prácticas para una*

*atención inclusiva del padecimiento mental.*” Esto se ha constituido en un punto de inflexión para transformar las concepciones y prácticas de los servicios de Salud Mental de los Hospitales generales que forman parte de las redes de servicio de cada jurisdicción.

Consideramos que uno de los caminos posibles para revisar el grado de avance en la implementación jurisdiccional de la Ley Nacional en materia de internación, es **generar investigaciones que estudien “in situ” las representaciones de los agentes de salud involucrados en el cuidado de la salud mental, las prácticas de atención que implementan y las características de los dispositivos que desarrollan.**

En esta línea, este trabajo se propone investigar los avances y obstáculos en la implementación de la práctica de internación en un hospital general, en el caso particular del Hospital Ramos Mejía, de la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo, esta investigación persigue generar escenarios de aprendizaje para los alumnos de grado de la carrera de psicología, vinculado a la implementación concreta de las políticas públicas en salud mental en efectores de la red pública de salud de la jurisdicción donde la universidad se encuentra emplazada.

### **c. Objetivos: General y Específico**

#### **Objetivo General del proyecto**

Realizar un seguimiento del proceso de adecuación del Hospital J.M. Ramos Mejía a la legislación vigente en salud mental.

#### **Objetivos específicos:**

1. Explorar el impacto de la legislación vigente en salud mental sobre las representaciones y las prácticas de los agentes de salud del Hospital Ramos Mejía vinculados la internación por motivos de salud mental.
2. Explorar el impacto de la legislación vigente en salud mental en la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental del Hospital R. Mejía, en lo concerniente a la práctica de internación por motivos de salud mental.



3. Fortalecer el proceso de enseñanza - aprendizaje de los alumnos de la Materia “Salud Pública y Salud Mental” a través de la exploración del funcionamiento concreto de un servicio hospitalario de Salud Mental del ámbito público de la jurisdicción en la cual está emplazada la Facultad de Psicología.

#### **d. Marco conceptual**

En el año 2010 en la Argentina se produjo la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual plasmó en su letra un necesario cambio en el paradigma dominante de concepciones y prácticas en salud mental, en el cual sobresale como uno de sus lineamientos centrales la necesaria protección de derechos de las personas con padecimientos mentales. Este cambio de paradigma fue condensado, expresado y se constituyó como una instancia de referencia pública a partir de dicha sanción, y así es como la internación es incorporada como una práctica más dentro de los hospitales generales o, por lo menos, eso se propone en su letra estableciendo la obligatoriedad de garantizarla en dicho ámbito en caso de ser requerida.

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones se trata de una norma de orden público votada por unanimidad por diputados y senadores del Congreso de la Nación y reconocida mundialmente por sus avances en el abordaje y la protección de los derechos de las personas con padecimiento psíquico. Garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, y particularmente reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. Promueve el abordaje comunitario y la atención en REDES.

En este sentido, se promueve el concepto de Red de Salud Mental con base en la Comunidad, para dar cuenta del conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. El artículo 11 del Decreto Reglamentario No 603/2013 de la Ley Nacional No 26.657 declara: “debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social”

El concepto de desinstitucionalización refiere al proceso que tiene como meta la externación y reinserción socio laboral de la persona internada. Implica también la creación de dispositivos de medio camino que regulan la externación, generando una transición desde la institución hacia la comunidad. La desinstitucionalización implica un cambio cultural donde los profesionales y usuarios deben tomar otra postura, aceptando que esta estrategia conlleva un largo y complejo proceso de transformación (Cohen, 2009).

Con la desinstitucionalización se cuestiona la trama manicomial, es decir, tanto la institución, como la de los profesionales y el equipo de salud. Es cambiar el paradigma, donde las instituciones responden a las necesidades de las personas y no a la locura de los enfermos.

A lo largo de varios procesos de reforma psiquiátrica en el mundo, los reformistas han dado cuenta que no hay un protocolo por el que devenga un exitoso proceso de reforma. Las diversas modalidades de abordaje de esta problemática pueden brindar algún marco inicial, sin embargo, de acuerdo al contexto social, político, cultural, económico y también histórico, los procesos tendrán su singularidad.

Cohen & Natella (2013) a partir de su experiencia en el proceso de desmanicomialización rionegrino, exponen: “En el proceso de desmanicomialización, la internación fue considerada el último recurso empleado en el abordaje de la crisis, por el riesgo de desinsertar a la persona de su medio, alejarla de sus lazos familiares y sociales, su casa, su trabajo y de sus referencias vitales cotidianas. Sin embargo, fue un instrumento utilizado y recomendado cuando la estrategia terapéutica lo requería, ya sea en situaciones de crisis de extrema gravedad y sin contención sociofamiliar o cuando la existencia de comorbilidad hacía recomendable la internación”.

Es por esto que se propone la atención en los hospitales generales, en servicios de salud mental. La atención en estos servicios supone que la internación sea considerada un último recurso dentro de una estrategia terapéutica sólo en el caso que otros métodos no hayan tenido éxito o no fuesen posibles. En estos casos, la atención debe proponerse desde un principio como transitoria y evaluando criterios de internación que consideren variables de todo tipo, así se cumple el objeto de brindar los cuidados y atención que no puedan estar garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.

### III. Metodología

#### a. Tipo de estudio

Se realizará una investigación cualitativa, ya que se espera lograr un objetivo transformador de la realidad. Se tratará de un estudio exploratorio-descriptivo.

Se implementará una estrategia metodológica de Investigación-Acción, en tanto modelo apoyado en la dupla *reflexión-práctica*. En este tipo de estrategia se plantea que el proceso de investigación acción no debe separarse del desarrollo institucional y su objetivo central no es producir conocimiento científico básico sino, focalizadamente, el mejoramiento de las prácticas<sup>2</sup>.

#### b. Muestra

Tipo de Muestreo: Intencional. Se seleccionan casos que serán incluidos según los consideremos como casos “típicos”, o casos que, por su especificidad, sus características, responden a las necesidades propias de nuestro diseño<sup>2</sup>.

Si bien el tamaño de la muestra se completará siguiendo el criterio de saturación informativa, se estima necesaria la toma de entrevistas a profesionales y personal administrativo del servicio de salud mental y Servicio de Enfermería. Número de entrevistados: 10

Se incluirá a profesionales de distintas categorías: a) Profesionales en formación (residentes y concurrentes), b) profesionales de planta, jefes / coordinadores de área y c) personal administrativo. Se priorizará la toma de entrevistas a profesionales de las disciplinas neurálgicas para la internación en salud mental, según lo establecido por la Ley 26.657 (psicólogos y psiquiatras) y se incluirá también a enfermeros por el rol central que poseen en el cuidado de los pacientes durante el período de internación.

---

<sup>2</sup> Módulo 7 – Clase 4: Metodologías cualitativas – Resultados. Lic. Diana S. Gayol. Diplomatura en didáctica y pedagogía universitaria en áreas de la salud. Universidad Barceló

### **c. Ámbito de estudio**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital General “J.M. Ramos Mejía” y la unidad de información serán profesionales y técnicos que se desempeñan en la Institución vinculados a la atención de la salud mental en los siguientes servicios:

- Salud Mental
- Neurología

### **d. Fuentes e instrumento de recolección de datos**

En una primera etapa se realizó el relevamiento de información secundaria que permita comprender y caracterizar los componentes fundamentales de la institución y su vinculación a las redes asistenciales del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

En una segunda etapa se realizó una exploración observacional de los servicios de salud mental de la institución, mediante técnicas etnográficas de base cualitativa y entrevistas semi-dirigidas a los agentes de salud.

La etapa de relevamiento comprendió las siguientes técnicas: a) Observaciones; b) Entrevistas semi-dirigidas destinadas a profesionales y técnicos que se desempeña en la Institución vinculados a la atención de la salud mental; c) Análisis de los informes producidos por integrantes del equipo de investigación conjunto entre la cátedra Salud Pública UBA y referentes del Servicio de Salud Mental del Hospital; d) Revisión complementaria de fuentes secundarias de información: Historias clínicas, folletería y material institucional, planes y programas de salud municipales.

El trabajo de toma de entrevistas se ordenó secuencialmente de acuerdo a las siguientes etapas: a) Selección de informantes (muestra intencional de casos), según indicaciones del staff directivo; b) Confección de Guías de Pautas para la toma de entrevistas y la observación participante; c) Acuerdo sobre encuadre de la entrevista; d) Toma de entrevista; e) Realización de Observación; f) Registro y Sistematización; g) Análisis e interpretación de los datos.

#### **e. Procesamiento y análisis de la información**

La aproximación realizada es de carácter fundamentalmente cualitativa.

Las dimensiones que se abordan en las entrevistas son: Internación, Redes, Interdisciplina, Representación sobre las personas con padecimiento mental.

Los resultados se presentan al Departamento de Investigación de la Facultad de Barceló y se socializarán con los/as alumnos/as de Barceló que participaron de una parte del proceso en el marco de sus actividades obligatorias como alumnos de la cátedra “Salud Pública y Salud Mental” de la Facultad de Psicología.

## IV. Resultados

Distinguimos dos tipos de resultados:

a) Vinculados a la exploración y análisis de representaciones, prácticas y servicios de internación en el Hospital R. Mejía (objetivos específicos 1 y 2) para el estudio de la adecuación la legislación vigente.

b) Vinculadas a la transferencia de conocimiento a los alumnos de la Materia “Salud Pública y Salud Mental” (objetivo 3)

### a) Resultados obtenidos:

A partir del relevamiento realizado con la toma de entrevistas, las observaciones y análisis de fuentes secundarias, hemos elaborado en una primera instancia **cuatro categorías de análisis** para sistematizar la información recogida:

**Categoría N°1: Internaciones por motivos de Salud Mental.** Se consignaron aquí los procedimientos y prácticas de los agentes de salud vinculados tanto a la admisión de personas, el proceso de cuidado durante la internación y los planes terapéuticos vinculados al egreso hospitalario (externación).

**Categoría N°2: Condiciones materiales y organizacionales.** Alude a los componentes del dispositivo de internación percibidos como obstáculos o facilitadores en el proceso de atención por problemáticas de salud mental. Se destacan los siguientes componentes: infraestructura, equipamiento de recursos materiales y agentes de salud asignados.

**Categoría N°3: Representaciones de los profesionales/agentes de salud.** Se incluyó la percepción de los agentes de salud respecto al padecimiento mental, principalmente en personas con padecimiento mental severo, así como el concepto de locura y su vinculación con el estigma.

**Categoría N°4: Posicionamiento frente a la Ley Nacional de Salud Mental.** Se consideró el grado de conformidad con la legislación vigente y las expectativas vinculadas a su cumplimiento.

En el informe parcial 1, se analizan los objetivos 1 y 2 en base a los resultados cualitativos sistematizados en las 4 categorías propuestas.

Se destacan los siguientes puntos (para ampliar la información ver informe parcial N°1):

- ✓ Tras la sanción de la ley nacional de salud mental los agentes de salud del Servicio de Salud Mental del Hospital “J.M. Ramos Mejía” conciben la importancia de encarar y/o catalizar procesos de adecuación institucional.
- ✓ Observan tensiones y obstáculos vinculados a la tradicional organización y funcionamiento del hospital general y su dicotomía entre la atención de la salud general y de la salud mental en particular. Persiste la estigmatización de la locura y se percibe la necesidad de capacitación en salud mental a los agentes de salud del efector para un abordaje integral de la salud.
- ✓ Identifican deficiencias en la infraestructura edilicia y de equipamiento sanitario para garantizar las medidas de protección y cuidado para una atención de la internación de calidad.
- ✓ Aluden la necesidad de contar con una sala de internación propia del servicio de Salud Mental, con personal capacitado tanto administrativa como técnicamente para el tratamiento de los usuarios.
- ✓ Reclaman escasez de otros dispositivos comunitarios de la red de servicios socio-sanitarios para generar una respuesta integral para el cuidado de la salud mental de personas con padecimiento mental severo, con la consecuente internación prolongada por problemáticas sociales.

En una segunda etapa, se efectuó **un análisis cualitativo de la información sistematizada en las 4 categorías de análisis** en base a herramientas normativas, guías de prácticas clínicas nacionales y jurisdiccionales y lineamientos internacionales vinculados al abordaje de la salud mental desde una perspectiva comunitaria.

De esta forma, elaboramos **recomendaciones para la gestión de servicios** que puedan contribuir a los procesos de adecuación hospitalarios. (para ampliar la información ver Informe parcial N°2)

#### **b) Resultados obtenidos:**

Respecto a los resultados vinculados a la *transferencia de conocimiento* a los alumnos de la Materia “Salud Pública y Salud Mental”, se capacitaron 10 alumnos, y las tareas en las cuales se formaron y ejercitaron, fueron:

1. Toma de entrevista institucional. En algunos casos se limitó al estudio de la técnica y la elaboración de guías de entrevistas semi-estructuradas. En otros casos también incluyó la realización de entrevista conjunta (con otro estudiante)
2. Observación institucional. En algunos casos se limitó al estudio de la técnica y la elaboración de guías de observación y registro. En otros casos también incluyó la salida a terreno y el posterior registro escrito del mismo.
3. Relevamiento de fuentes de información secundarias.
4. Lectura de recomendaciones y protocolos clínicos para el abordaje de la salud mental en hospitales generales.
5. Análisis de la información relevada y de fuentes secundarias en base a los documentos rectores en la materia.

Se destaca la transferencia de marcos teóricos y metodologías de intervención vinculados a una perspectiva sanitarista y al efectivo funcionamiento de los servicios de Salud Mental. Promoverán en los futuros graduados el desarrollo de intervenciones que, atendiendo a la complejidad de los problemas a los que habitualmente se hallan enfrentadas las instituciones sanitarias, fortalezcan abordajes integrales en el marco de un equipo interdisciplinario de salud y centrados en las necesidades de salud de la población.



## V. Discusión y Conclusión

En virtud del cambio de paradigma asilar a un abordaje comunitario del padecimiento mental, tal como promueve la Ley Nacional de Salud Mental, se debe considerar prioritaria la adecuación de los servicios de salud mental. Entre ellos se destaca el hospital general por su rol clave en la resolución de la crisis y el recurso de la internación como última estrategia terapéutica, en caso de ser necesaria. Para la adecuación de los dispositivos que habilitan una internación en un hospital general, se debe considerar varios componentes: la infraestructura edilicia, el equipamiento de recursos materiales y la capacitación de los agentes de salud administrativos y profesionales, tanto de salud mental, como de otros servicios hospitalarios para una atención integral de la salud y respetuosa de los derechos de las personas.

Podríamos aseverar que el Hospital Ramos Mejía se encuentra en una transición entre el paradigma asilar y la atención con base en la comunidad, coexistencia de modelos que se refleja en las prácticas y representaciones de los trabajadores de salud. Si bien consideramos que esta tensión excede el ámbito de estudio del hospital general, han surgido en el discurso de los entrevistados múltiples factores que obstaculizan la implementación de la ley y que van más allá de la organización y funcionamiento del propio servicio: la escasez de dispositivos sustitutivos al hospital psiquiátrico (residencias asistidas, dispositivos socio-laborales, centros de día, etc.) y la persistencia en la Ciudad de Buenos Aires de instituciones asilares donde es derivada la persona con padecimiento mental en caso de verse dificultada la internación en el hospital general. Por todo esto, esta adecuación requiere de un trabajo mancomunado y dedicado que debe realizarse con un plan de acción que garantice la adecuada atención de las personas con padecimiento mental.

Consideramos crucial la identificación de los múltiples factores en juego por parte de los equipos de salud y gestores locales para aproximarse a un diagnóstico de situación al interior de la institución hospitalaria y en la articulación con otros actores de la red de servicios. Preguntas como: *¿qué líneas de acción son posibles para avanzar en la implementación de la ley? O ¿qué servicios de salud necesitamos para fortalecer la red?* van a facilitar procesos de micro- gestión para avanzar en el sentido propuesto por la legislación vigente.

Para finalizar el análisis, destacamos algunas líneas de acción que hemos identificado en el transcurso de la investigación realizada para avanzar en procesos de adecuación del hospital general:

- ✓ Promover capacitaciones para trabajar las representaciones aún negativas de los trabajadores del hospital sobre los padecimientos mentales;
- ✓ Mejorar la información acerca de los recursos materiales y organizacionales que pueden mejorar la accesibilidad, la atención y la práctica;
- ✓ Trabajar en red, con los diferentes dispositivos y sectores que promuevan una atención basada en un modelo comunitario a fin de que las internaciones no tengan carácter social y las personas no posterguen su externación por motivos erróneos;
- ✓ Desarrollar el trabajo interdisciplinario en un sentido estricto de este concepto;
- ✓ Profundizar en la implementación del consentimiento informado y el pase de las internaciones involuntarias a voluntarias, a fin de garantizar los derechos humanos de las personas internadas por motivos de salud mental.

Respecto al desarrollo de competencias de los alumnos para su futuro desempeño como psicólogos/as en el marco de la salud mental comunitaria, destacamos la articulación de las materias de grado con la práctica de investigación científica. La primacía del modelo clínico ha modelado concepciones y prácticas individualistas, con un marcado sesgo hacia el ejercicio liberal de la profesión y en la cual se advierte una baja formación en el desempeño de prácticas públicas, con el consiguiente impacto negativo para todo el ámbito de la salud mental y comunitaria.

## VI. Bibliografía

Basaglia, F.: La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. 1ª. Ed Buenos Aires: Topía Editorial, 2008. Introducción (pp. 5-22) y Poder y Violencia en el Hospital Psiquiátrico (pp. 99-110).

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Derechos Humanos en Argentina: Informe 2015. Buenos Aires. Siglo veintiuno Editores, 2015. Cap XII El Desafío de Implementar la Ley Nacional de Salud Mental

Cohen, H y otros. “La desmanicomialización. Crónica de la reforma en salud mental en Río Negro” 1ªed. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2013

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. 1996. Título Segundo. Políticas Especiales. Capítulo Segundo: Salud.

Curso Salud Mental Comunitaria Coordinador General: Dr. Emiliano Galende M1. U1. Tema 2. (parte I y II) Panorama histórico sobre la situación de los “enfermos mentales” Autoras: Mg. María Teresa Lodieu, Mg. Roxana Longo, Esp. Mariela Nabergoi y Mg. María Belén Sopransi. Universidad Nacional de Lanús Año 2012

Declaración de Alma – Ata. Antecedentes de Alma – Ata. Discurso del Dr. H. Mahler, Director Gral. De la OMS, ante la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, ALMA – ATA 6/9/78. En: De Alma – Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. OMS: Ginebra, 1991. pp. V-12.

De Lellis Martín, Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nuevos Tiempos, 2015.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (2010). Consenso de Panamá. En Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Serie: “Difusión de derechos básicos de personas usuarias de servicios de salud mental y abordaje de las adicciones”. Documento N° 1. pp. 17 a 21

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (2010). Resolución CD 49.17 de la Organización Panamericana de la Salud: Estrategia y plan de acción sobre salud mental. En Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Serie: “Difusión de derechos básicos de personas usuarias de servicios de salud mental y abordaje de las adicciones”. Documento N° 1. pp. 397 a 400.

Elichiry, N.: Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: El niño y la escuela. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987. pp. 333-341.

Foucault, M.: Historia de la locura en la época clásica. Tomos I y II. Tercera reimpresión. Argentina: Fondo de Cultura Económica, 1992.

Galende, E.: Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Capítulos 3,4 y 5. Buenos Aires: Paidós, 1990. pp. 121-230.

Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires: Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153.

Ley de Salud Mental N° 448/00 y su Decreto Reglamentario. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 y Decreto Reglamentario Nro.603/2013

Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental. Gobierno de la provincia de Río Negro. 11 de Septiembre de 1991.

Ministerio de Salud de la Nación – Dirección Nacional de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental 2013

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Documentos para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales.

OMS: Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: 2001. Capítulo 5. pp. 109-115.

Organización Panamericana de la Salud.: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas. Venezuela, 1990. Editores González Uzcátegui, R. y Levav, I. Washington D. C., 1991. pp. IX-16 y 139-144.

OPS/OMS. (2009). Salud Mental en la Comunidad. Washington, D.C.: OPS

OMS/ OPS Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. Buenos Aires, 2017

PNUD (2011) “El sistema de salud en la Argentina y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”. Introducción y capítulos 1,2 y 3. Buenos Aires.

Políticas Públicas en salud mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad. 1° edición. Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Casa de la Salud para la Inclusión Social. páginas 411 a 422

Saraceno, B.: La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Editorial Pax México, 2003. Capítulo: La rehabilitación como ciudadanía. pp. 83-111.

Stolkiner, A. "Interdisciplina y Salud Mental" trabajo presentado en las IX Jornadas provinciales de salud mental y Iª Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Globalización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy, Octubre 2005 · Posadas, Misiones.

Vezzetti, H.: La locura y la institución. Buenos Aires: Conferencia dictada en 1987. Mimeo, 1987.

## **VII. Anexos**

### **ANEXO 1: Entrevista**

**Área: Servicio de Salud Mental**

**Entrevistado: Psicólogo**

**Entrevista Lic. G.C.**

E: Entrevistadores

A: Lic. en Psicología G. C.

B: Dr. MF

Vale aclarar que en la entrevista participaron la Lic. GC y el Dr. MF

E: ¿Está usted de acuerdo con la aplicación de la ley de Salud Mental?

A: Tiene puntos importantes, aunque la ley todavía no se termina de conocer, como proyecto a futuro es importante pero no como algo que hoy se cumpla, sino como un proceso lento, por ejemplo, con la implementación de casas de camino y tratamientos efectivos. Tiene que haber una manera de que alguien que vive en un hospital psiquiátrico por un tema social, pueda tener una vivienda digna fuera, que puedan estar tranquilos y realicen actividades en las que puedan sentirse bien. Pero esto es difícil, porque solo alcanzan eso aquellos que tienen los recursos económicos suficientes, ahora si la ley de desmanicomialización ofrece todo esto que solo alcanzan aquellos que tienen más dinero, bienvenida sea.

La ley como cualquier ideología esta buena, el tema es como se implementa.

E: ¿Cómo cree usted que podría implementarse la ley en este Hospital?

A: Primero que nada, desde lo económico. Deberíamos tener más baños y no uno solo al final del pasillo donde el paciente tiene que recorrer todo el hospital para llegar, mas habitaciones, consultorios, profesionales rentados. Hay un proyecto, de la Ley 448 de la que ya se hablaba, en la que se colocarían diez camas de internación en psiquiatría.

Sucede que, algo fundamental que hizo este gobierno fue desbaratar, destruir la salud mental, porque lo que hizo fue dividirla en cuatro zonas, entonces la dirección de salud se convirtió en un programita y eso no permitía que se pudiera aplicar esta ley 448.

B: No llega a tener jerarquía, la bajan de categoría e inclusive al propio profesional. La ley es bienvenida el tema es entender, ya que muchos años hemos perdido la ingenuidad”

A: Así que como dije, la ley nueva es bienvenida mientras sea aplicable.

Para que haya una transformación o cambio en la problemática en salud mental, además de la ley deben haber profesionales decididos y también un fondo económico que sustente todo eso. Profesionales que respeten al enfermo y sus derechos, y que ya no se intenten esos experimentos realizados en los que los laboratorios probaban con personas, esto que pasaba, hace poco se firmo para prohibirlo.

E: ¿Qué opina usted acerca de la internación de pacientes psiquiátricos con no psiquiátricos?

A: Si los pacientes internados están compensados, es genial. Pero debe haber gente capacitada, acompañantes terapéuticos, asistentes sociales, y no es lo mismo si es alguien que no esta estabilizado, ya que hay pacientes psicóticos que deambulan, buscan psicofármacos de noche, y si no tenemos los enfermeros, asistentes, es complicado.

Y mucho sucede que se trae a gente no capacitada a ocupar cargos, que las ponen para que ocupen un lugar y listo.

B: A muchas chicas jóvenes, les paso de que tenían miedo de entrar a una sala donde había un paciente peligroso o violento, y hacen de todo para no entrar, y se encuentran ante una situación que los desborda, justamente, porque no están preparados, no tienen las herramientas suficientes para hacerse cargo del puesto.

Y no se puede hacer rehabilitación si no hay condiciones. Seria mas conveniente sumar habitaciones en el Borda, con talleres, por ejemplo.”

A: Si cabe la posibilidad de que se arme una única sala de internación con personal especializado, se arma de a poco, para pacientes descompensados que con tres días de internación se componen y pueden volver a sus casas. Esto no quiere decir que sea un tema de discriminación, sino de saber quien es el otro, porque hay pacientes que gritan de noche, arrancan las sondas, son escandalosos, así que es difícil que puedan estar bajo el mismo techo que un paciente no psiquiátrico.

Así que repito, en que sí se podrían colocar diez camas de internación en un hospital general, pero con gente mas especializada, mas capacitados, que no se sientan superados por casos psiquiátricos, o de pronto casos combinados.

Yo trabaje terapéuticamente con personal de enfermería, relataban la angustia que les producía no contar con los recursos necesarios para atender pacientes psiquiátricos; entonces terminaban pidiendo licencia.

B: Lo que pasa es que siempre se hicieron las cosas al revés, siempre. En primer lugar hay que poner camas, calefacción, baños, preparar el lugar, después buscar los profesionales especializados, preparados que ya tengan un manejo y puedan contener al paciente, no como pasa hoy que llegan a pedir licencias porque no pueden enfrentar la situación, y después si, cualquier ley queda linda mientras sirva en el contexto que se encuentre el hospital”.

A: Digamos que tampoco es la solución, dejar un enfermero con todos los pacientes dormidos. Mi idea no es la medicación; es que se implementen talleres, después hospitales de día, acompañantes y además trabajo con la familia del paciente. Son muchas las variables. La ley esta buena, el tema es la implementación.

El otro tema, es una vez que atendés, a donde va a parar ese recuperado. Ese es otro tema, del que el hospital tampoco puede hacerse cargo. Hay casos difíciles, la palabra internación la pensamos como ultima instancia, antes hay un dispositivo, hay terapia, medicamentos. Hubo mucho abuso de internación para sacarse a los pacientes de encima, pero también nos encontramos con casos cuando queremos internar porque el paciente pone en peligro su vida, por ejemplo, tenemos un caso, en el que estamos evaluando en conjunto, donde una nena se quiere suicidar, ya tuvo varios intentos, y ayer le estaba contando a la psicóloga como se va a matar mañana, y entonces la psicóloga quiere internarla, el psiquiatra también, y yo estoy de acuerdo con esa decisión, y la madre de la nena no quiere. Nosotros profesionales no podemos contra eso. Estamos buscando igual algún amparo jurídico para poder proceder.

En fin, lo importante es la decisión política en salud, quienes la implementan y como, y si es de genuino interés por la salud o solo intereses personales.

B: “Ya lo sabemos...son solo intereses personales”

A: Bueno, tenemos un poco de fe, de que no sea así. (Risas)

E: ¿Cree usted que hay tiempo determinado para las internaciones?

A: No, el límite lo pone la situación social. Lo podes externar al paciente pero va a la calle, o muchos se fugan, y vuelven a caer.

Insisto con la decisión política porque así se podrían armar talleres para reinsertar al enfermo en la sociedad.

E: ¿Considera necesarias entonces las instituciones como el Borda?

A: Por el momento si, pero de otra manera. Se pueden modificar de a poco las cosas en los hospitales generales y que puedan estar a la altura de un neuropsiquiátrico como el Borda.

E: ¿Coincide en que la firma de un psicólogo es necesaria para poder internar?

A: No considero la firma de un solo profesional. Como psicóloga creo que la ley dignifica nuestra profesión, se valoriza nuestro trabajo y nuestro lugar. Acá no hay enemistad con los psiquiatras, se comparten líneas de trabajo y a veces no, pero se trabaja mucho, compartimos pacientes, que no significa que solo el psiquiatra pueda internar. Además somos los que directamente trabajamos con los pacientes y somos los que creemos que es necesario internar.



La idea, y quiero redondear, es que mas allá del amor a la profesión y la forma en que uno pone el cuerpo para este trabajo, es necesario además contar con determinados recursos necesarios para que le trabajo se pueda llevar a cabo.

## **ANEXO 2:**

### **Entrevista y observaciones**

**Área: Servicio de Salud Mental:**

**Entrevistado: Psiquiatra Dr. M. F.**

E: Entrevistadores

A: Dr. MF

E: ¿Cómo llega un paciente a atenderse en el departamento de Salud Mental?

Si una persona quiere ser atendida por un psicólogo en el Ramos Mejía es atendido o por un psicólogo o un psiquiatra de la guardia, si el caso es grave y presenta algún riesgo es derivado a Salud Mental donde tienen que sacar turno.

Por los carteles que observamos, los turnos solo se dan los jueves de 9 a 10 de la mañana y según la psicóloga con la que hablamos no hay turno hasta dentro de cuatro meses aproximadamente.

Entonces atienden los casos urgentes derivados de la guardia, o de algún otro sector del hospital, o de otra institución o por derivación directa de un juez.

El actual jefe de Salud Mental, psiquiatra con el que tuvimos la oportunidad de hablar, realizaba internaciones de casos psiquiátricos en el hospital antes de que la ley de Salud Mental se apruebe. La problemática de la internación de estos pacientes es que no hay un sector particular para ellos, (que es a lo que apunta la ley que no se discrimine entre pacientes y/o patologías) sino que se internan conjunto a los otros pacientes con distintas disfunciones, desde una neumonía hasta un paciente con Alzheimer. Esto no es sencillo ya que los otros pacientes no quieren tener al lado a un "loco", no solo por los prejuicios y su representación social de la locura, sino porque este paciente altera el orden del cuarto compartido por todos. Comportamientos extraños generan que haya un rechazo por parte del resto de personas internadas, las cuales exigen que se lo separe. Entonces no solo es un problema para el paciente sino también para el enfermero que recibe quejas constantemente, al igual que el médico de aquel paciente irritado. Debido a esto, para no generar más disturbios el jefe de salud mental propone tener un sector de internación exclusivo de sus pacientes, que dependería de Salud Mental. Está prohibido modificar la estructura arquitectónica del Hospital, lo que si se puede hacer es derribar paredes dentro de los edificios. Pero para hacer esto hay que conseguir un espacio desocupado, el cual no hay. Se está tratando de encontrar el mejor lugar propicio para la internación de pacientes psiquiátricos, pero eso requiere de mucho trabajo.

**E: ¿Cuales cree usted que son los puntos importantes de la nueva Ley?**

A: Que sea cumplible, y eso depende de la voluntad del personal y de una población que sea más exigente. Se deben cumplir los horarios y el personal no lo cumple, hace lo que quiere. La ley es

perfecta, pero no es lo mismo al aplicarla. Hay que ponerse a opinar desde donde están los internados, es decir, desde el Borda o el Moyano, donde están mejor que en sus casas.

**E: ¿Que opina usted sobre la internación de enfermos psiquiátricos con los no psiquiátricos?**

A: No es correcto, debe haber una tipificación, es decir, el que tiene con el que no. No puede estar en una misma habitación por ejemplo alguien con una patología severa como alguien que se droga, que puede dormir con jeringas bajo la almohada y no sabes como puede reaccionar con los compañeros de habitación. Tienen que estar internados con patologías que tengan coherencia con otras. Hay casos peligrosos y por eso se separan y van al Borda. No se puede compartir una misma habitación. Debe haber un planteo desde la que limpia hasta el medico.

Y también existen los pacientes que se quejan, ellos vienen con otras patologías y se encuentran con los pacientes psiquiátricos, uno con neuropatía como hace para soportar a un enfermo mental?. Debe haber una tipificación, división por partes.

También se tiene que diferenciar según el tipo de enfermería, es decir, no es lo mismo un paciente de 65 años con uno de 20. No se puede hacer una ley cuando no hay un hospital armado, primero se debe tener la base para poder empezar. No se puede aplicar una ley en un lugar donde no tenemos ni las comodidades mínimas para poder realizar el trabajo como se debe.

**E: ¿Y si el hospital estuviera en condiciones, seria posible la internación conjunta de pacientes?**

A: Tampoco estaría de acuerdo. Son pacientes que se asocian a patologías específicas que necesitan de un personal diferente cada uno, por ejemplo, con sida.

**E: ¿Esta de acuerdo con el tiempo de internación que se indica en la ley?**

A: Eso va a depender de cada patología, además hay nuevas drogas y medicinas que facilitan cortar los síntomas, mientras sea en dosis limitadas y la aplicación correcta, por supuesto.

Hay que planificar, hay que saber lo que hay que hacer. Acá por ejemplo, no hay un vestuario como la gente, no hay una biblioteca donde uno pueda informarse si tiene una inquietud, no hay silencio porque se escuchan todas las conversaciones de quienes pasan, y si yo tengo un paciente que esta hablándome, y llora, el ruido de afuera puede hacerlo desconcentrar, y si entra alguien como es corriente que suceda, se corta el desarrollo de la conversación, y como se hace para poder rebobinar y volver a lo que estábamos?. Pienso que no hay un lugar con infraestructura adecuada porque este lugar esta hecho hace 80 – 100 años, se puede hacer ni una salida al exterior porque las paredes no pueden perforarse

Hay que buscar las condiciones antes de hacer la ley. Estamos trabajando en el aire volando en la ley y de repente caes a la tierra cuando ves la realidad. La ley esta perfecta pero no es aplicable. Hay que modificar las condiciones. Hay que buscar al personal adecuado, no la gente de adorno que hay, que porque sobra en recepción la pasan a otra área sin saber de que se trata, que no tienen disposición.

**E: ¿Que opina usted, sobre el uso de la firma del psicólogo para poder internar?**

A: Tendrían que haber mas de dos firmas.

**E: ¿Y el trabajo interdisciplinario, cree que es la mejor forma de trabajar?**

A: El equipo es muy importante, se necesita de un buen “director técnico” que quiera hacer bien las cosas, pero lamentablemente no lo hay. Todo tiene que ver con el resarcimiento económico, y con la voluntad de los trabajadores.

**E: ¿Cuántas horas semanales trabaja?**

A: 30 hs. Semanales. Pero a veces más, yo confundí el trabajo con la profesión. No hago interconsulta, y puedo derivar al Borda si el paciente precisara, se hace una nota y desde allá lo aceptan.

### **Observación del hospital**

#### **Observación del consultorio del psiquiatra**

Cuando localizamos al Psiquiatra le comunicamos brevemente que necesitábamos hacerle una entrevista para un trabajo de la facultad; nos invita a pasar a su consultorio.

Entramos al consultorio, pidiendo permiso. Nos encontramos con una habitación pequeña, donde no había lugar más que para un escritorio, un armario, y dos sillas. Las paredes eran blancas, el piso estaba constituido por baldosas antiguas y opacas, en el techo se visualizaba un típico cielo raso un poco (¿descascarado?).

Ocupando el lado izquierdo de la habitación estaba el escritorio, muy precario sin cajones y con la pintura un poco salida. Sobre el escritorio había un recetario o anotador, lapiceras, folletos de publicidades sobre salud y un cuaderno grande de tapa azul. En uno de los extremos del escritorio estaba ubicada la silla del psiquiatra, una silla con partes acolchonadas (respaldo y parte donde se sienta) y en el otro extremo del escritorio estaba la silla que se utiliza para atender a los pacientes, una silla de plástico y blanca.

Ocupando el lado izquierdo del consultorio, muy próximo al escritorio había un armario alto de madera, también antiguo y desgastado. En las paredes se visualizaban calendarios.

#### **Observaciones de acontecimientos relevantes durante la toma de la entrevista**

Cuando el psiquiatra nos invita a pasar al consultorio y nosotras entramos, éste nos pide que aguardemos un momento porque iba a buscar sillas para que nos podamos sentar, ya que solo había dos sillas en el consultorio (la del psiquiatra y la que se utiliza para atender al paciente). El psiquiatra va a la habitación de al lado de su consultorio y toma unas sillas de plástico. Lo ayudamos a entrar las sillas y nos ubicamos para comenzar la entrevista.

En un momento en que estábamos entrevistando al psiquiatra interviene una mujer (al parecer era una profesional que trabajaba en el hospital). Se asoma al consultorio (la puerta estaba abierta), saluda con un “Buenos días” y le dice al psiquiatra que necesitaba cambiarse pero decide hacerlo en la habitación que estaba al lado del consultorio. Luego de unos minutos la misma mujer vuelve a interrumpir la entrevista. Se asoma y pide disculpas. Le dice al psiquiatra que necesitaba guardar en el armario, ubicado en el consultorio, su abrigo y su cartera.

En este momento nosotras nos paramos e hicimos espacio para que la mujer pudiera entrar y guardar sus pertenencias. Luego de poder ubicar sus pertenencias en el armario, la mujer se retira. Nosotras nos volvemos a ubicar para poder proseguir con la entrevista.

El psiquiatra, inmediatamente, después del hecho relatado anteriormente nos dice: “¿a ustedes les parece este un lugar adecuado para poder atender a los pacientes que llegan aquí?”. Nos señala el armario y nos dice: “este armario no tendría que estar aquí. Los días de lluvia cuando las personas guardan sus abrigos, todos mojados, correa agua y que da todo el piso del consultorio mojado”. Prosigue señalando ahora las paredes del consultorio: “miren las paredes, almanagues colgados”. Ahora señala las sillas donde estábamos sentadas. “¿A ustedes les parece que sean sillas adecuadas para que un paciente este sentado 45 min.?”

## **ANEXO 3: Entrevista y observaciones**

### **Área: Servicio de Salud Mental**

#### **Entrevistados: Residentes de Salud Mental**

##### Observación del 27 de mayo

El viernes 27 a la rededor de las 9 am entramos al hospital Ramos Mejía por la puerta principal, se veía mucho movimiento de gente, nosotros no sabíamos ni para donde ir, ni donde preguntar, al preguntar por el servicio de salud mental, la primera vez nos dijeron que no sabían donde quedaba, después otra persona nos dijo, mejor pregunta por psiquiátrica porque sino no vas a llegar, hasta que nos indicaron hacia donde quedaba ese sector. Al estar yendo para allí encontramos carteles que lo señalaban como "psiquiatría" y otros como "salud mental".

Cuando llegamos al sector nos dimos cuenta que allí también se encargaban de la vacunación, al entrar vimos bastante cantidad de gente que estaba esperando para recibir un turno. Subimos al primer piso, allí era el área de "promoción de la salud" no había mucha gente, era un lugar con muchos carteles pegados informativos. Subimos al segundo piso allí no había nadie literalmente hablando. Era un lugar mas pequeño que planta baja y primer piso. Nos quedamos un rato ahí vimos los consultorios que habían, eran muy chicos, con paredes improvisadas muy finitas y que no llegaban hasta el techo, un lugar poco privado para la atención. Después de un rato de estar ahí, notamos mas movimiento subieron dos o tres chicas (jóvenes). En ese lugar vimos que había un cartel que decía que para dar los turnos para salud mental, había que presentarse los jueves de 9 a 10.

Luego volvimos a planta baja, donde nos encontramos con la secretaria del jefe del departamento de salud mental. Una chica que hace un par de meses que están con ese cargo en el hospital, es una psicóloga egresada de hace un par de años. Ella nos mostró toda la parte de abajo, los 4 o 5 consultorios que hay disponibles y la oficina del psiquiatra. Los consultorios son muy pequeños apenas entran dos personas, estas hechos muy improvisadamente dos sillas y una mesa con un mantel. Ella nos contaba que en el sector trabajaban psicólogos o psiquiatras además contaban con residentes y concurrentes. Le preguntamos si había asistentes sociales o músicos terapeutas o terapeutas ocupacionales, nos dijo que no, que solo en el sector de guardia (no depende del servicio de salud mental) había una asistente social. El psiquiatra, jefe del sector, nos contó que su idea era trabajar con un músico terapeuta que tenía la palabra. Pero por ahora esto no es más que una simple intención. Le preguntamos sobre la ley de salud, y que creía con respecto a la internación, él nos comentó, que desde antes que saliera la ley, él ya internaba a pacientes en el área de medicina clínica, pero que esto le traía varios problemas con el jefe de ese sector porque se quejaba, de que no quería "locos" en su sector, porque generan disturbios y molestan a los demás pacientes. El doctor también nos contó, que él en un principio tenía la idea de agrandar su sector haciendo una construcción al lado (pero que no puede, porque del hospital no se lo permiten).Al

lado de su sector, en el mismo edificio, esta el área de residuos patológicos, el tiene como proyecto ver si esta área se pudiera trasladar a otro sector y así usar ese lugar para disponer de camas para internar. Otra de sus ideas es en una sala del sector de médica clínica levantar unas paredes y quedarse con un par de camas de allí.

#### Observación del 2 de junio:

Llegamos al hospital alrededor de las 9 menos diez de la mañana. Fuimos directamente al sector de salud mental y subimos al 2° piso donde sabíamos que se hallaban los residentes. Había mucha gente en el hall ya que era el día en que otorgaban turnos. Una vez en el 2° piso hablamos con una doctora que se asomó y preguntamos por los psicólogos residentes, nos dijo que pasáramos y los buscáramos por un pasillo. Ni bien entramos vimos a 2 jóvenes los cuales pensamos que eran psicólogos. Les explicamos que estábamos haciendo un trabajo para la universidad y que necesitábamos hablar con los psicólogos residentes, ambos se rieron y dijeron si pasa por allá que no están haciendo nada, nosotros somos psiquiatras. Seguimos avanzando y salió una de las psicólogas residentes la cual estaba en su cuarto año de residencia y amablemente se ofreció a darnos la entrevista. Nos invitó a pasar a un aula que se encontraba al lado en la cual ellos tenían las supervisiones. Seguidamente entraron 6 psicólogos residentes (lo cual no lo esperábamos porque le habíamos dicho que con dos alcanzaba, pero muy amablemente vinieron todos). Enablamos una conversación con ellos que habrá durado alrededor de media hora. De a poco fuimos debatiendo los puntos principales de la entrevista y entre todos iban formulando las respuestas. Cuando estábamos por terminar la entrevista entro una señora la cual nos interrumpió y les dijo a los residentes que debían ir a una supervisión, todos se disculparon y se tuvieron que parar e irse. Una vez finalizada la charla bajamos a la planta baja donde interceptamos a Aldana una de las empleadas administrativas. Aldana nos hizo pasar a su oficina la cual era muy pequeña, apenas cabíamos todos parados. Había un armario grande el cual abrió y saco una banqueta para cada uno. Comenzamos a hacerle la entrevista pero de repente otra empleada del hospital nos interrumpió abriendo la puerta sin consultar. El espacio era tan reducido que uno de nosotros tuvo que levantarse y poner la banqueta en el aire para poder abrir un poco la puerta. Aldana fue, al igual que los residentes, muy gentil, sin embargo no podía ayudarnos con la mayoría de nuestras preguntas porque no estaba muy al tanto sobre el manejo del hospital, horarios, cantidad de profesionales y pacientes atendidos.

Después de conversar con ella nos dirigimos al hall principal donde había una oficina muy pequeña también y estaba otra empleada administrativa la cual se encargaba de orientar a los pacientes cuando iban llegando. Al principio nos contestó de manera un poco áspera y nos hizo esperar mientras seguía atendiendo gente pero a los minutos contestó nuestras preguntas. Una vez más quedaron interrogantes por contestar, al igual que Aldana no estaba al tanto del flujo de pacientes que recibía e internaban. Cuando terminamos la entrevista nos despedimos y entre toda la gente que se hallaba ese día en el hospital nos retiramos.

#### ENTREVISTA

##### **1) Residentes de Salud Mental**

### ***¿Están al tanto de la nueva ley de salud mental?***

Si

### ***¿Cuáles consideran que son los puntos más importantes de la misma?***

-Lo que propone esta ley como un paso para nosotros y para mí muy importante porque entre otras cosas hay una cuestión que a nosotros nos pasa mucho en el hospital que hay personas que están internadas no por la cuestión psiquiátrica sino por lo que se llama la cuestión social, esto que es, personas que podrían estar tranquilamente con un tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, inclusive si querés familiar, tranquilamente viviendo en su casa, como no tienen familia, no tienen recursos, terminan estando internados acá o en el último paso que es el Borda o el Moyano porque no tienen recursos y eso es algo que está comprobado que muchos años de internación es iatrogénico y es casi peor que cualquier patología que uno pueda tener y esta ley propone o dice que está prohibido, no me acuerdo el artículo, que no se puede internar por una cuestión social, esto a su vez obliga al estado y a las políticas públicas a crear dispositivos que todavía no existen pero se supone que de acá a unos años, viste que dice algo del presupuesto, que tiene que aumentar

### ***Sí, el 10%***

-Bueno, para mí eso no es un punto positivo, ojalá se cumpla, se pueda llevar a la práctica pero a mí me parece que ya exista una ley, uno tiene alguna herramienta como para después exigirla, si ni siquiera esta la ley, estamos peor, a veces en nuestro ámbito, esta ley que propone los principios y la concepción ideológica genera un poco de discusión entre nosotros, los que laburamos porque dicen: " Sí, bueno te dicen tal cosa pero eso no existe, no hay casas de medio camino, no hay dispositivos" y a mí, mi postura es que exista la ley no sirve para exigir que exista eso, no es que te tenés que enojar porque la ley dice algo que después no se cumpla

### ***Claro, es como un paso digamos...***

-Es una lucha que se está llevando a cabo durante muchísimo tiempo en todo el mundo, es una lucha y se lleva a cabo para también el sistema de salud mental, ideológicamente lo hace, las políticas de salud mental que van al borde digamos, a una política de salud general y entonces justamente como dice ella, que exista la ley es una manera de avalar esta lucha y una herramienta más para exigir para la lucha, obviamente no termina ahí, con la ley sola no se hace nada, de ahí a implementarla es otra cosa, como es el caso de Río Negro que justamente al revés, primero modificaron las cosas, y luego salió la ley, la ley de por sí misma no hace nada

-De hecho, en la ciudad de Bs. As esta la ley 448 que es del 2001, tiene 10 años y se haya implementada de manera consistente

-Otra cosa que está buena que va en torno a lo que dice Diana(2) de la cuestión de la prohibición de crear de ahora en adelante hospitales monovalentes, eso es un paso, quizás de acá a 30 años podamos ver algo de eso, pero hay que tener cuidado como se van a cerrar aquellos que si existen,



mas que nada por el Borda y el Moyano que esta conteniendo gente que sino, no tendría a donde ir, por eso la idea es progresivamente cerrándolos, pero para eso tener que tener otras alternativas

- La ley al principio en lo que respecta a los hospitales generales fue, a veces se podría decir, recibida con bastante queja, parecía hasta una cuestión rechazo, la ley que propone que los pacientes psiquiátricos sean internados en un hospital general como cualquier otro paciente, pero nosotros, acá por ejemplo, internamos los pacientes en clínica medica y todo esto genera mucho conflicto con las otras especialidades, entonces la queja era “bueno esta bien, el paciente tiene que ser internado en un hospital general pero los profesionales tienen que estar permanentemente lidiando con estas cuestiones, lo mismo la enfermería ya que no hay una enfermería especializada para contener a estos pacientes, no esta todavía el personal que se necesita como para que esto pueda llevarse a cabo

### ***¿Se les pone algún obstáculo cuando quieren internar a algún paciente psiquiátrico?***

Los obstáculos mucho no pueden hacer, porque esta la ley y nosotros lo venimos haciendo, si viene un paciente a la guardia con una descompensación psicótica, nosotros lo internamos acá, primero queda en guardia y después pasa a una sala, obstáculos a nivel de relación con los demás médicos, con otros residentes, de clínica, de cardiología, de cirugía, porque hay una cuestión, el paciente llamado psiquiátrico es problemático, “hace quilombo”, se escapa, hay una cuestión también del imaginario de la peligrosidad del paciente psiquiátrico, que eso también nos va a llevar años poder ir desterrándolo, hay algo que provoca miedo, que no saben que va a pasar, si “enloquece y mata a alguien”, la verdad es que no es así, alguna situación como esa puede haber pero eso no significa que todos los pacientes psiquiátricos sean asesinos, pero eso circulo y nos trae alguna dificultad pero hacer, lo hacemos igual.

### ***¿Internan bastante pacientes psiquiátricos?***

No sabría decirte, nosotros en la guardia todos los días, o por lo menos en la mayoría hacemos internaciones, también hay casos de pacientes intoxicados que generalmente hay cuestiones psiquiatricas asociadas. No sabría decirte una cantidad, lo que hacemos es, el paciente entra por guardia, pasa a una sala, a las salas de clínica, cardiología, cirugía, donde haya lugar, y hay un equipo de interconsulta que los va a ver a la sala todos los días en lo posible, si vemos que es un paciente que excede lo que le puede brindar este hospital se lo deriva a un manicomio.

Todavía hay cuestiones que acá en el hospital general nos exceden y hacen que terminemos derivando al Borda, al Moyano. Algo muy importante que nos olvidamos aclarar, este hospital no cuenta con sala de interacción psiquiátrica, hay otros que si, por ejemplo el Hospital Álvarez. Hay que tener en cuenta que los pacientes están en clínica médica, etc., y todo esto genera como cierta tensión, y son pacientes con una crisis aguda muy marcada, o se deriva, no es que pasan un tiempo prolongado en el hospital.

### ***¿Cuándo los derivan?***

Cuando vemos que una persona que tiene mucha ideación suicida, que ya tuvo intentos, que ya tuvo internaciones y que esta en riesgo permanente de que le pueda pasar algo, este Hospital no es muy seguro, y se lo derive, si es hombre al Borda y si es mujer al Moyano

***¿Creen que esta ley de salud mental pueda beneficiar a algún partido político?***

No creo, pienso que la ley esta reflejando las reflexiones de los últimos años desde la organización mundial de la salud, en todo lo que hace a la reforma psiquiátrica, tenés la declaración de Caracas, de Brasilia, donde hay todo un proceso de pensamiento que comienza a mitad del SXX con reformas concretas y que después fue pasando al nivel de pensamiento, y esta ley refleja, retoma parte de esos enunciados. El problema es como se concretiza. Esta bueno que exista la ley, porque pone un marco, es decir, delimita que es lo que se entiende por salud mental, que es un constructo, historio, que no es una cuestión con la que se nace, tampoco es un objeto, es mas bien una “cosa” que se atribuye por una serie de determinaciones y que el estado del enfermo mental, no es una cosa que sea para siempre. La ley es muy clara en eso también, no se puede considerar que haya tenido algún antecedente como una, no se la palabra exacta, pero no como un estigma. Hay una transformación de lo que antes se hacia la declaración de incapacidad, antes era de por vida y ahora hay un máximo de 3 años, es decir que una persona que haya sido internada, por ejemplo en el Borda, donde se le da su certificado de discapacidad para que tenga sus beneficios sociales, ese certificado de discapacidad tiene un vencimiento de 3 años ahora, es decir que necesita ser revaluado. Otra cosa que introduce la ley es la interdisciplinarietà como la modalidad de abordaje, también la cuestión de los antecedentes psiquiátricos, de las adicciones incluidas ahora como temáticas de la salud mental. Otro punto que nos parece importante de la ley es lo que uno tiene que hacer cuando un paciente se interna, que a las 10 horas tenemos que mandar un informe al órgano que corresponde y además a las 48 horas tenemos que elaborar un informe mas completo con una indicación, son pequeñas cuestión que sirven para que nadie sea internado como un tipo de castigo o compulsivamente, que haya un control a nivel judicial. Con respecto a los partidos políticos, es posible que cualquiera de ellos se pueda beneficiar de una u otra manera de acuerdo a como se sancione respecto a la ley, este discurso que se propone de la desmanicomización, yo coincido con lo que propone, con los principios pero es muy propiciatorio para que alguien lo tome de una forma que no termine resultando, por ejemplo que se cierre todo y no se creen nuevos dispositivos.

***¿Cuáles son las patologías mas comunes que internan o mas las recurrentes?***

Lo que pasa es que cuando uno hace una evaluación por guardia el diagnostico es presuntivo, después cuando la persona está con el equipo de consulta el diagnostico puede variar, el diagnostico presuntivo es generalmente algo fenomenológico, uno ve, observa a nivel de examen psiquiátrico, las internaciones que son, descompensación psicótica, ideación o intento de suicidio, vos no sabes si ahí es una melancolía o una cuestión más de lo que llaman los psiquiatras “border”, vos pones intento de suicidio.

Últimamente tomando como referencia gente que ha trabajado en años anteriores, lo que se esta viendo mucho es la cuestión del consumo, eso se ha incrementado en el ultimo tiempo. El consumo es problemático a nivel internación porque la persona adicta, el riesgo potencial es fuerte porque

vos nunca sabes cuando va a tener una sobredosis, pero uno evalúa un montón de cuestiones como con cualquier paciente, como esta a nivel afectivo, si tiene contención externa, si tiene familia, si tiene amigos, como viene este último tiempo, si esta intoxicado cuando lo internan o no, pero la verdad es que si, a nivel de atención hay una demanda con el tema de las adicciones.

***Y los pacientes psiquiátricos internaciones, ¿como es su relación como los demás pacientes con los que se encuentren?***

Se relacionan como cualquier paciente internado, a veces las personas que están internadas por nosotros, osea psiquiátricos están muy tristes, con una cuestión muy de angustia, y nosotros vamos y los vemos, no tienen ni ganas de hablar con el paciente que tenga al lado pero eso varia muchísimo entre pacientes.

***¿Y como proceden a contenerlos?***

No se hace nada distinto que con otro paciente, porque no tenemos personal de enfermería especializado, los pacientes andan por donde pueden o quieren, las entrevistas cuando vamos a verlos en la interconsulta se hacen en los pasillos o al lado de la cama, depende si el paciente se puede mover, lo que intentamos es que si el paciente tiene una cuestión de que no se puede mover de la cama trato de sacarlo de ahí, para que haya cierta privacidad ya que hay una cama al lado de la otra, tratamos de ir a otro espacio, que tenga otro lugar a parte donde se sienta cómodo, pero eso se va viendo con cada paciente. Algunos esta mejor porque tienen familia y lo vienen a ver, otros están las peores condiciones, de pobreza , de soledad y eso repercute en la posibilidad de que se puedan ir pronto, una persona que está sola y no tiene lazo es otro factor que complica. Mas que llevarse mal con los de la sala, generalmente es al revés terminan formando lazos, gente que esta internada durante mucho tiempo por otros motivos, termina forjando lazos con estos pacientes apoyándose mutuamente

## **ANEXO 4: Entrevista**

### **ÁREA: Salud Mental**

#### **Entrevistado: Personal administrativo**

##### **Personal administrativo**

***Los residentes nos comentaban hace un rato que ellos derivaban pacientes de la guardia, y nosotros teníamos entendido que eran 2 grupos separados, pero queríamos saber si ellos siendo residentes también trabajan en la guardia y por eso están en relación o es de otra manera***

Ellos atienden en la guardia pacientes que vienen por la guardia, y después no los siguen ellos en la guardia ellos mismos, no tienen el seguimiento por el mismo psicólogo siempre, es por la guardia que cubren.

***¿Cómo es que llega un paciente a ser atendido en los consultorios de psicología?***

Con una derivación de la guardia o con una derivación de otro servicio, como por ejemplo de dermatología. Solo se reciben pacientes con orden de alguna derivación.

***¿Cuáles son los horarios de atención?***

Bueno los horarios de los servicios por ejemplo de admisión, de orientación, cuando alguien viene por primera vez solo se realiza por la mañana, entre las 9, 10 de la mañana, después la atención a pacientes es por la mañana y por la tarde. Hay psicólogos que solo están a la mañana y otros que solo se encuentran por la tarde. Lo que es el mayor caudal de gente siempre es hasta las 12, ahí encuentras la mayoría de los psicólogos y psiquiatras, después es bastante reducido pero siempre hay.

***¿Existe un grupo interdisciplinario a cargo del tratamiento de los pacientes psiquiátricos?  
¿Quiénes lo componen?***

Anteriormente les había comentado que hay una psicopedagoga, se va a incorporar un musicoterapeuta porque actualmente no se encuentra ninguno y los asistentes sociales conforman el equipo pero no formando el equipo de salud mental, ellos están formando el equipo de servicio social, trabajan en conjuntos cuando hay algún caso con algún tema judicial o cuando es interconsulta, donde participan el equipo de medicina, el de servicio social con psicopatología pero dentro del equipo de salud mental están los psicólogos, psiquiatras. En la guardia el equipo está formado por psicólogo, asistente social y psiquiatra

***¿Tenés idea de por qué se cambió lo que antes se llamaba el área de psiquiatría por el de salud mental?***

No, hace unos años que ya dice salud mental, no es algo nuevo que se cambió

***¿Con respecto a la ley nueva de salud mental, que puntos consideras que serian los mas importantes?***

La incorporación del paciente psiquiátrico como si fuera uno más, el hecho de que no este segregado como estaba en un hospital como si fuese una persona que tenia que estar separa, como si estuviese infectada. Eso me parece lo central de la ley si bien no están dadas las condiciones adecuadas por al paciente que no tiene un trastorno mental molesta quizás tener a un adicto al lado. Pero si esta bueno el hecho de que dentro de un hospital haya una sala armada para gente con estos trastornos.

***¿Crees que pueda llegar a ser viable la implementación de esta ley?***

Con muchos años, porque es un tema difícil de tratar, pienso que la traba esta en las condiciones económicas

***¿Se planteo la creación de una sala en este hospital?***

No, nos están por dar una sala con un par de camas, es lo único que se está tratando pero no más que eso.

***¿Resulta fácil poder internar a los pacientes? ¿Generó algún tipo de conflicto entre los médicos?***

Si, es fácil, antes no lo permitían, pero con la implementación de la ley lo permiten, no les queda otra.

***¿Es frecuente la internación de pacientes? ¿Existe una creciente demanda que justifique una sala propia?***

Si, será un promedio entre 8 o 9 pacientes en la semana, no te vas a encontrar nunca con 15 pacientes, la mayoría de los que entran se quieren ir y a partir de esta nueva ley no se los puede retener

***En cuanto al personal, ¿Está capacitado para manejar el tipo de situaciones que le plantea tener un paciente con estos trastornos? ¿Hay enfermeros especializados?***

Es una de las cosas que plantean los enfermeros, ellos no se sienten tan capacitados como para atender al enfermo psicótico, no saben cómo hacerse cargo de un enfermo con estas características, necesitan más capacitación, ellos no están acostumbrados a tratar a este tipo de pacientes.

***¿Crees que esta ley puede tener algún beneficio para algún partido político?***

No, creo que no.

## ANEXO 5: Entrevista y Observación

### Entrevista a R, enfermero del servicio de Neurología.

A: ALUMNOS

E: ENTREVISTADO

A: En primer lugar, el conocimiento de la Ley. Queríamos saber si nos puede hablar acerca de si sabe más o menos algo de la nueva Ley de Salud Mental, y si se fue incorporando bien el tema.

E: No, con sinceridad no. Porque realmente, yo hice unas pasantías para la guardia donde más caen, pero acá, te puedo decir uno así muy aislado, no vienen seguido. Porque acá la mayoría de los pacientes ya están programados para internarse, excepto que hay alguno en la guardia, que venga por guardia y que necesita neurología sí o sí, lo traen, pero sino ya, la mayoría están programados. Te digo así, en lo rápido, no sabemos tener muchos, muy raras veces que viene uno, y eso que es un servicio de neurología. Pero bueno, en lo que me preguntaste no, la realidad es que no. Yo creo que no estoy preparado para atender a esos pacientes. No conozco que hayan cursos, o se dan muy pocos, o me encuentro solo en la sala y, y no puedes dejar todo.

A: Claro. ¿Y estaría de acuerdo con la Ley que propone que los pacientes de Salud Mental sean internados en el caso de ser necesario en hospitales polivalentes?

E: Yo no estaría de acuerdo por una cuestión de, principalmente porque, como te digo, no sabemos tratar al paciente. Otra, si el paciente viene ya sabemos como viene, y uno solo, a veces hay una enfermera sola; ahora quizás si tienen que internarse y hay personal para moverse, trabajar, sí. Bueno, y si no queda otra, lo atendemos. Pero si vos te encontrás solo, con un paciente, y tenés que darle un intramuscular, estar peleando con el paciente, es algo que... no hay sistema acá en la sala como para atender a esos pacientes.

A: Quizás usted considera que necesitan asistencia diferencial.

E: A mí me parece que sí. A mí me parece que sí.

A: Y con respecto al curso que se hizo, que brindó el Hospital, que se hizo con el grupo de enfermeros, por lo que tenemos entendido usted no pudo participar.

E: No. Sí sé, me enteré, creo que fue por acá que se hizo.

A: Y, ¿usted cree que sería necesario tomar ese curso, que lo haría si se volviera a dictar? Digamos, ¿por qué razón no se pudo hacer?

E: Yo creo que, estaría bueno hacerlo, si esto se implementa que el paciente sí o sí se tiene que internar en cualquier lugar del servicio. Para tener más o menos, una idea de cómo tratar a esos pacientes. Lo que pasa es que a veces, como te puedo decir, te dan cursos y después queda todo en la nada, porque no hay gente, eso es lo principal.

A: Usted no ve un cambio a partir de ese curso...

E: Yo no. No veo cambios porque acá la cuestión es el personal, falta de personal en toda el área. Es un quilombo, yo me tengo que mamar todo sólo a la mañana. Sí es bastante complicado.

A: ¿Cuántos enfermeros son por turno?

E: Y, acá hay uno y allá otro. Son hombre uno, y mujer también una sola.

A: Y pacientes, ¿cuántos son?

E: Ahora redujeron las camas justamente porque no hay gente. Nosotros estamos trabajando con... 10, 12 camas, más o menos. Y bajaron un montón, bajaron 5 camas.

A: Y de acuerdo con lo que usted dice, ¿consideraría que el servicio cuenta con todas las condiciones necesarias para la internación? Digamos que no, por lo que usted nos dice.

E: No, no. Porque es la realidad.

A: O sea, faltarían más enfermeros para tratar a un enfermo de Salud Mental. Digamos, no podría simplemente, tratarlos como... o sea, darles los medicamentos, pasar por el circuito...

E: Por ejemplo, hoy vino un paciente, y se fue. Se cambió, recibió la medicación de las ocho y nosotros no estamos mirándoles lo que hacen. Yo me voy a un lado, a abajo, justo hoy el jefe tampoco vino, tuve que bajar la programación de la gente, y en un momento, se fue.

A: Y además de los enfermeros, ¿tienen algún otro profesional en esta sala de internación? Médicos, psicólogos, para tratar estos casos específicos...

E: Yo sé que lo que hacen a veces es interconsulta cuando un paciente no puede dormir a la noche, pero no es un paciente agresivo. No sé, quizás hay diferentes etapas de los pacientes que ustedes ven. Pero esto es quizás porque el paciente grita, no puede dormir, ya vienen para darle una medicación. Le dan una medicación y por ahí el paciente se tranquiliza, es hasta que empieza a tomar ritmo con las pastillas, pero no esos pacientes que vienen, te pelean y que tenés que tirártele encima para que le pongan intramuscular.

A: Entonces, en esos pacientes que usted recién nombró anteriormente, que quizás no pueden dormir a la noche, ahí intervienen no sólo enfermeros, sino que también médicos o psicólogos quizás, o psiquiatras.

E: Claro, sí, sí. Piden interconsulta. Vienen y los ven, nos preguntan cómo durmió a la noche...

A: ¿Hay un seguimiento interdisciplinario?

E: Claro, y después le dan una medicación, y bueno, van evaluando cómo va durmiendo. A veces duerme bien, otras no.

A: ¿Y cómo definiría a un enfermo con problemáticas asociadas a la Salud Mental?

E: Yo, me imagino, no es que sé, según la calidad de paciente que me ingresen. Por eso te digo, si me ingresa un paciente meramente tranquilo, y vos sabés que los problemas que tienen son psicológicos, bueno, se le lleva. Pero si viene uno excitado, algunos vienen y te dicen “dame la medicación”, o te entran al mismo lugar de enfermería donde tenemos la medicación, ¿entendés? Es más, nosotros no tenemos un lugar cerrado. Hay de todo: vienen, entran, se lavan las manos, y de paso te abren el cajón. Pasó eso, y bueno... preparada en sí la sala tampoco está. Y si vos tenés que el paciente está muy nervioso, está muy excitado, lo tenés que sujetar con algo. Las camas en sí no están preparadas. No hay nada preparado.

A: No tienen insumos, quizás, para manejarse con esta clase de pacientes.

E: Claro, no hay. Nosotros a veces, cuando los médicos nos autorizan, agarramos una gasa grande, y lo tratamos de sujetar al paciente. Pero el paciente a veces es más fuerte y te lo rompe. No tenemos las cintas esas que se pegan con abrojo, no. En sí, no están preparadas las salas para tener esos pacientes. A mí me parece que, al ver que ya no hay gente, no está la sala preparada, tenemos todo abierto para todo el mundo, vos te descuidás y el chabón te entró y te sacó o se tomó la medicación. En sí, no está preparado. Y bueno, de los pacientes que ingresan, yo, por ejemplo, nunca tuve un problema así de agarrar al paciente y tirarme encima y tener que darle un Valium.

A: Pero ¿lo ha visto?

E: Lo ví. Lo ví, sí.

A: Y qué consideraría necesario para poder estar acorde a este tipo de internación, ya que no cuenta con los recursos, ¿qué considera que haría falta?

E: Y... lo que te nombre...Lo que haría falta son muchas cosas.

A: Si lo podríamos más o menos enumerar...

E: Y enumerar...te diría que no tenemos espacios cerrados como para mantener, cuando vos salís del office, para que nadie entre...

A: ..espacio reducido, digamos...

E: Lógico, personal...y bueno, las camas adecuadas. Son unas camas, ¿viste? que no están preparadas, quizás...no sé cómo será, yo nunca fui al Borda, o a un neuropsiquiátrico, no conozco pero me imagino que debe ser así, me imagino que debe ser así. No tengo idea. Pero, la cosa es simple. No tenemos insumos. La guardia es más...no sé cómo se maneja. La guardia ni sé cómo se maneja. Sé que había un enfermero. Ahora está Víctor, pero anteriormente había otro enfermero que yo veía que estaba permanentemente en la guardia. Así que...

A: Creo que ya está. Bueno, le agradecemos por su tiempo, discúlpenos que fui de imprevisto. Lo que pasa que teníamos que entrevistar a Jorge...



E: Claro Jorge. Bueno, Jorge por ahí tiene otro panorama. Porque Jorge...ehhh, como te puedo decir...bueno, él te va a decir...tendrían que hablar con Jorge. Yo te hablo de mi parte, del lugar de mi sala. Quizás, él no esté de acuerdo y te diga otras cosas...

A: ¿Hace cuánto que usted trabaja acá, en el hospital?

E: Hace 25 años que estoy acá.

A: Siempre acá, en el...

E: No, acá hace 10 años. Después trabaje 6 años en terapia intensiva. Siempre trabaje en circuito cerrado, ¿entendés? Ehhh, muchos de estos pacientes que ustedes vienen a averiguar no se ven. O ahí, están todos entubados, o están todos operados, en terapia. Viste como es...

Y la cardiología, la mayoría son pacientes cardiológicos que, a veces, puede entrar un tipo, viste que se ve...que es el propio dolor del infarto que entran, ¿viste?

A: Quizás en esta área es donde vio más pacientes...

E: Si...uno que otro viste. Pero no con esa agresividad que a veces hay en los pacientes. Pero...una vez trajeron una mujer de un neuropsiquiátrico, desde el Moyano vino... Bueno...no soltaba la radio para nada. Entonces en cualquier momento prendía la radio, 2, 3 de la mañana a todo volumen y vos le tenías que ir a decir, te tiraba con cualquier cosa. ¿Me entendés? Bueno, de ese paciente sí me acuerdo...que lo hicimos fue bueno...que se yo, que haga lo que quiera porque encima era mujer...

A: Claro, tampoco podés intervenir mucho...

E: Claro, a uno le revoleo con la radio. Una paciente, si, si, de eso me acuerdo muy bien. Y López también se debe acordar de esa paciente. Pero después otro así...por ahí alguno que viene medio excitado, que después se tranquiliza...

A: Una última pregunta...consideraría que, dado que la ley propone que los internos en Salud Mental vayan, puedan ir a cualquier hospital, que dentro de un hospital haya una sesión aparte para estos casos.

A: Claro, una sala de internación especial para Salud Mental

E: Y...si preparan a la gente y el lugar es adecuado. Yo creo que sí, yo creo que sí. Pero...como te digo, que sea adecuado, con personal, con lugares cerrados. Yo tengo compañeros que cuentan, también ¿viste? que trabajan acá y trabajan con pacientes, que están encerrados ellos y le dan la medicación por la ventanita.

A: ¿En dónde trabajan?

E: En los lugares...en el Borda.

A: Ahhh, está bien.

E: Me cuenta él, yo no lo vi. Él era una enfermera que trabajaba en el borda y era compañera mía y me comentaba que a veces los pacientes estaban alterados y te pedían la medicación a cualquier hora y ella ponía llave y ya los pacientes venían a pedir y ella le daba por la ventana la medicación. Eso es lo que me contaba ella. Yo nunca lo vi. Siempre me conto así, que tenía que estar encerrada, a veces alguno se brotaba, rompía todo, se peleaban entre ellos.

A: Bueno...Muchas Gracias.

E: No, de nada. Espero que les haya servido.

A: Sí, sí muchas gracias.

## ANEXO 6:

### Entrevista a N, enfermero del servicio de Neurología.

A: ALUMNOS

E: ENTREVISTADO

A: Bueno N, vamos a estar grabando esta entrevista. ¿Está al tanto sobre la nueva ley de salud mental? ¿Pudo participar del curso?

E: Si, lo que estuvimos comentando por el tema del curso, es que salió porque era una necesidad del hospital, era una necesidad de los trabajadores. ¿Por qué surge? Por la ley que se firmó que dice que los pacientes se pueden internar en distintos lugares, en distintos Hospitales de la ciudad de Buenos Aires. El tema es que lo que dice la ley que está muy bueno por un lado, pero no existe la infraestructura necesaria para hacerlo. Entonces, en un lugar tranquilo como es el servicio de neurología, ponen a un paciente psiquiátrico, que si está más o menos no pasa nada, pero si esta con un brote la gente empieza a tener temor y no sabe cómo abordarlo. Entonces a este muchacho V que es referente de salud mental lo llamaba continuamente, entonces bueno de ahí surge y del servicio de las guardias que son terribles. De esto surge la idea de hacer un curso de capacitación mínimamente como para hacer un abordaje del tema. El primero que se hizo, había poco... Hubo poca discusión. No Hubo tanta asistencia, pero la gente que lo hizo, quedo muy contenta y después de ahí, perdió un poco el miedo al paciente. Lo que te digo, al tener más herramientas, tenían más contacto con el paciente.

A: Y... ¿Quiénes estaban a cargo de llevar a delante el curso?

E: BuenoV, un enfermero y después lo Médicos Psiquiátricos.

Han elaborado, un programa casero, que tiene diferentes patologías, pero hasta ahí nomás.

A: ¿Eso fue particularmente en este hospital?

E: Si, si

A: ¿También en otros?

E: No. Acá tuvo éxito, la gente se fue muy contenta se pudo hacer todo. Desde el de dos mil catorce, ah... entonces fue dos mil trece. Fuero dos mil trece y dos mil catorce. Ahí se incorporo gente de farmacia, gente de servicio social y de otros lugares, donde también conviven con estos pacientes, se hizo más grande y salió mejor. El tema Eh..., bueno es que también hay un par de falencias de la institución. Entonces hubo debate, se discutió la ley que mucho estamos de acuerdo, y muchos no...

A: Y usted, ¿qué opina del traslado de los neuropsiquiátricos a estos hospitales polivalentes?

E: Y bueno, es lo que pasa un poco con la ley, por un lado es muy buena porque dice como, bueno, va a ser mejor, no van a quedar internados ahí. Por un lado esta bueno, pero después yo creo que el conflicto es que suena bien el modelo desde afuera se ve bien pero acá no existe. Por ejemplo, las casas de medio camino suena bárbaro, pero acá no existe. Entonces qué pasa, gente que está internada un tiempo sin poder hacer social a donde va. Al principio puede estar en situación de calle pero que dice, estuve en el Ramos y ahora me pueden internar en el Santojanni y bueno después empiezan a ser nómadas de los hospitales públicos. Mira que loco, lo internan en clínica médica segundo piso y a lo mejor tuvo intentos de suicidio y el segundo piso no tiene rejas en las ventanas. Entonces, por un lado la ley esta buena pero no hay control en lo que es la ley. Nadie va a la directiva y dice bueno, a partir de ahora el hospital tiene que tener un lugar físico, con médicos, con esto con esto y esto, donde esto se pueda hacer. Primero que nada no hay control de la ley, segundo está el tema de la institución y el dinero tiene mucho que ver. Tenés que nombrar personal, tenés que tener una infraestructura más o menos cómoda. Y así un montón de cosas que llevan su tiempo. Pasa que digas es una solución, no es una solución es una decisión política. Digamos, a partir de hoy estas disposiciones se tiene que cumplir, donde no se cumplan, sanción. ¿Por qué? Porque esta la ley que me lo exige. Entonces queda para el lugar si el lugar funciona bien se lo hace, sino se trabaja así a los ponchazos y sin directiva. Por ejemplo a los Yankees se les puede criticar mucho pero en lo que es institución ellos tiene una normativa, y venga quien venga se pueden cambiar las tizas peros las normativas no se cambian. Acá no, viene un intendente nuevo o un jefe de gobierno con su librito un inspector y uno se tiene que adaptar. Es un vaivén político cambian y el que viene trae otra cosa, no continua, más allá de que lo anterior este bien o este mal. No hay una continuidad del trabajo y uno queda danzando sobre eso. No hay una dirección que diga bueno, no es si quiero lo hago y sino no, siempre depende de la voluntad de las personas y no de la voluntad de la institución, yo creo que ahí es donde falla

A: Teniendo en cuenta lo que viene diciendo ¿Podría decirse entonces que ustedes no cuentan con todas las condiciones necesarias para la internación acorde a la nueva ley?

E: Eh, ¿cómo?

A: Preguntaba si el servicio cuenta con todas las condiciones para la internación acorde a la nueva ley.

E: Eh no, a medias si bien tampoco vamos a decir que es cero, pero a medias. Entonces se hace pero a media máquina.

A: Y, volviendo un poco a lo que es la capacitación, ¿podría decirse que las estrategias de intervención se vieron modificadas antes y después del curso?

E: Si...sí, eso sí, si bien no fue al cien por cien, yo te hablo por lo menos del área de enfermería no. Al método todavía le falta, pero a lo que es el enfermero y el psicólogo si, farmacia tiene un problema. El tratamiento tiene que ser ambulatorio entonces la medicación se tiene que buscar en farmacia. El tema es que el paciente a veces dice: "quiero esto y les respondes: no, no hay, vení mañana". Y se ponen violentos. Entonces les tienen miedo y piensan distinto a nosotros que quizás tenemos más paciencia. No por nada está de moda Relatos Salvajes. Además, todo está desvinculado, entonces tenés que venir a las 3 de la mañana para sacar un turno, llegas a las 6 y te dicen hay 2 turnos y ¿qué haces? Note dijeron que hay dos turnos... Bueno explotan viste. O te dicen:

- Hoy no vino el médico.

- Y ¿no aviso nadie?

- Y no, ¿por qué tenemos que avisar? Así espontáneo.

Bueno hay montón de cosas que tienen que cambiar, y más sobre el tema de salud mental.

Cuando vos ya ves un paciente, que por ser psiquiátrico, ya lo identificas, entonces decís, bueno a ver qué estrategias sin mentirle yo puedo apaciguar ese brote que posiblemente surja. Ahora si yo vengo y te trato mal, y te digo un montón de cosas, es lógico que el paciente se brota más... Bueno esas cosas. Entonces en eso mejoró.

Y como todo, el miedo paraliza, entonces cuando no tenés las herramientas, ante el miedo la gente huía. Tratan de no hacerlo. De dejarlos abandonados. Entonces lo mismo que pasaba en el Borda, en esos lugares donde justamente esta ley los quiere sacar, los traslada a estos lugares... porque no se hacen cursos, no se prepara a la gente. Y bueno con esto mejoro en ese sentido.

Pero también que pasa, ¿cuántos asistieron al curso? Ponele, 40 personas. De cuántas?... Viste, por eso tampoco sirvió para todos.

A: ¿El curso se hace en horario de trabajo, por lo general por la mañana?

E: Si, a la mañana porque es en general cuando están los médicos. En realidad era para todos, pero generalmente el que participa...

A: El de la tarde tiene que tener la voluntad de venir a la mañana...

E: No, no. Ponele, si parte de lo institucional, o haces un curso también a la tarde, o medio que lo obligas a que vengan después los dejás salir temprano o los pasas como extras, siempre algo busca la institución porque tiene que capacitar ¿entendés? Eso es lo que falta.

Después por ahí está la suerte de alguno que pudo hacer docencia y a tu compañero le decís mira: Hacemos así, así...

Por eso yo digo, siempre parte de lo que es la voluntad personal.

A: Entonces vos Jorge a partir de esto que trabajaste para que se haga el curso, si bien estas a favor digamos de la formación porque están frente a una necesidad que es real, ¿estás de acuerdo con la Ley de Salud Mental o no?

E: Y, en parte si en parte no. Filosóficamente está bien, la parte que dice que hay que sacar los manicomios, no tiene que haber y eso, la “desmanicomialización”. Pero después hay que ver cómo instrumentas y como lo bajas realmente a tierra. Y si bien vos puedes sacar ideas de otros lugares, no copies, sino que hay que ver cómo ligarlo a la realidad de acá.

Y después lo otro que por ahí uno puede entre sombras dilucidar, es que salió en un momento en que uno se pone a dudar... Salió porque se quiere hacer esto? O salió porque en realidad hay todo atrás un negocio? Entonces eso también te pone mal.

Justo el cierre del Borda, del Moyano... Entonces uno dice hay atrás realmente un negocio inmobiliario? Y al final te pones a pensar que si. Porque sirvió para ese momento, quedo, la ley está ahí, y nadie le da bolilla. Los mismos legisladores porque dicen : Si yo vote la ley y no se cumple, como puede ser que no se cumpla?. No, lo hacen y listo. No hay un seguimiento.

Estuvimos horas, días discutiendo. Se bajaba a una cámara, a la otra, todo un despliegue de plata y todo, y después no se cumple. Entonces decís, para qué hago las leyes?. En ese sentido uno está en contra de la ley.

Y después bueno toda ley es perceptible. O puedes hacer esto: Lo dejas pasar uno o dos años y decís qué faltó y qué falló. Bueno cambiemos eso. ....

A: Y así como usted mencionaba que están los enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, psiquiatras trabajando en la capacitación. A la hora de la internación, ¿Quiénes intervienen?

E: Intervienen el médico primero, médico residente y después enfermería y después empiezan los otros sectores. El que interviene directo es el médico y el enfermero.

A: ¿De qué manera se refieren entre los médicos y enfermeros a la persona que tiene alguna patología de salud mental?

E: Y bueno, eso es lo que se trató de cambiar. Generalmente decís bueno, ahí viene el loco. Y agarrate Catalina.

Bueno ahora la idea es decir que en realidad, todos tenemos patologías. Tenemos algo de paranoicos. Después en realidad hay que discriminar que es paranoia y que es patológico.

A: ¿Y cómo definiría Usted a un enfermo de salud mental?

E: Mirá nosotros lo que dijimos, lo que yo digo, es que a todos hay que tratarlos como si fueran como de HIV.

Te comento la historia. Porque en un tiempo ¿qué hacíamos? Cuando ingresaban pacientes con HIV, le poníamos un cartel que decía HIV. Entonces ya quedaba estigmatizado.

Yo te doy un ejemplo, por ejemplo, te veo a vos, estás sana, como no es HIV no pasa nada y después resulta que te hacés un análisis y el análisis da que tenés HIV. Y no lo sabíamos, entonces todos estamos en riesgo de HIV. Y esto es lo mismo de salud mental. Todos estamos en riesgo de Salud mental. Entonces es un paciente más.

Después vos discriminás si tiene, si es sicótico, si es loco. Después le vas poniendo diferentes cajitas.

A: ¿Y estos pacientes necesitarían una asistencia diferencial respecto a otros pacientes?

E: No diferencial en el sentido, porque el tratamiento es diferencial. En eso sí es lógico. Si es un paciente que te viene brotado es muy difícil, por eso hay que tratar de apaciguarlo, controlarlo, para después poder medicarlo.

Hay muchos pacientes que no podés medicar del principio, porque vienen en muy mal brotado.

Entonces es lógico. Peligra tu integridad física, la de los demás pacientes. Es decir, no es que es un paciente totalmente normal. La convivencia es difícil porque si te viene brotado. Aparte, cualquier cosa usan de arma.

Entonces, ante la fuerza que tienen, por ahí agarran un tenedor y vos decís no pasa nada, pero te pegan un tenedorazo y ....

Entonces un enfermero de salud mental que tiene experiencia, lo va apaciguando de alguna forma y también evitando tener riesgo alguno. Generalmente pasa en las guardias. En las guardias viene gente brava en todo sentido no?, porque la sociedad también cambió. Pacientes muy agresivos...vinculados con las drogadicciones. Entonces si uno como profesional, no lo apacigua, se vuelven mucho más agresivos.

El otro día comentaba Víctor un caso de dos semanas atrás. Un pibe que ya, como ya conoce como es el sistema, van descubriendo, van conociendo. Entonces dice que estaba en la guardia y decía yo no me voy. Si me dan el alta yo voy y me tiro del primer piso. Y no sé que le dijeron, bueno tirate. Después lo tuvimos que rescatar del primer piso que se quería tirar.

Si él no estaba acá terminaba en situación de calle. Antes había muchos paradores, ahora no hay. Y dentro de los paradores, creo, me han dicho, tampoco hay alguien que contenga a ésta gente. Sé que muchos dicen que no quieren ir a los paradores porque dicen que se tienen que bañar, tienen que cumplir un horario, un montón de cosas entonces tampoco quieren ir a los paradores. Creo que debe ser un porcentaje, pero habría que haber alguien que los vaya conociendo de a poco, que le vaya dando cierta libertad para... Como son los hospitales de día ¿no?

Yo tengo una experiencia muy linda en el Piñeyro. Tiene un sistema de hospital de día, tiene todo un pabellón, ya armado, en psiquiatría, donde el paciente va a la mañana, desayuna, le dan la medicación y después el que quiere se queda, hacen talleres y se van. Después a la noche vuelve,

toman la medicación, algunos se quedan a comer, otros no, y se van a sus casas. Entonces están contenidos, y toman esa responsabilidad, consideran su responsabilidad ir a la mañana a tomar su medicamento y a la noche. Porque uno de los problemas también es la adherencia al tratamiento. Si no hay adherencia no funciona... hay que ir buscando la forma a que adhieran. Mientras estén bien medicados y estén bien contenidos, están bien, se puede convivir más allá de su patología.

El tema es que siempre lo dejan, o no consiguen, entonces ahí se brotan.

Ponele en un lugar de contención, de drogadicción, ¿cuánto puede estar bien? Lo rescatas de acá y sale de nuevo a ese entorno y vuelve a caer. Entonces van y vuelven.

Eso es lo que tienen que hacer los planes. Ir elaborando estrategias, dentro de lo que es la experiencia, de ver cómo se mejora eso. Se puede ver como hacen en otros países.

Entrevistadora S.: ¿Cómo es el modo de ingreso y egreso del hospital y cuáles son las diferencias entre la internación de un enfermo de su servicio y un enfermo con problemas de salud mental?

E: Por la experiencia que tengo casi todos ingresan por la guardia. Muy pocos vienen a internación, salvo que sea la primera vez que lo traen y tienen internarse ya directamente. Algunos vienen por si solos y a otros los traen porque en tal lugar hizo un desmán. Y después, si...lo que hacen es ver donde hay una cama en clínica médica. Bueno y ahí lo llevan.

A: ¿Cuál sería la diferencia con un paciente que no tiene una patología mental?

E: Y bueno, esa, que puede ser internado en cualquier lugar donde haya una cama. Por eso a veces decimos ¿dónde hay una cama? Las salas de clínica médica están divididas en tres pisos, son planta baja, primer piso y segundo.

A: ¿Y a usted que le parece eso? ¿Debería haber un sector aparte?

E: Si, en la ley esta. La ley justamente lo que dice eso. O sea el dinero está, y la institución se tiene que responsabilizar adecuando el lugar para eso.

A: Un área nueva digamos... ¿Quién se tendría que ocupar?

E: Y...la dirección. Ahí la dirección si no puede tendría que decir: a ver Panello, que es el jefe del Salud Mental. Mira a mi me llevo esta orden, decime que necesitas, yo llamo arriba, lo pido, fijate si te sirve, vos ponela en práctica. Si lugar hay en el hospital.

A: Se pueden adaptar

E: Hay una sala que son, no sé, 10 pacientes que los pueden trasladar a otro lugar. Lo que pasa es que forma parte de una decisión política

A: ¿Qué nuevos dispositivos se incorporaron en el trabajo como enfermeros a partir de la sanción de la nueva Ley de Salud Mental? ¿Algún dispositivo nuevo introdujo la ley?



E: No, no, lo que me parece es que se trata de abordar. Después por ahí con el tiempo empiezan a salir nuevos dispositivos, a medida que todo avanza, si se continua dentro de esa dinámica. Hay lugares que son relativamente tranquilos en ese sentido, como puede ser la guardia, y acá mismo, en el servicio es relativamente tranquilo, no es que son enfermedades crónicas, puede ser un ACV, entonces viene un chico de 18, 20 años que con un brote, que es adicto a las drogas, que se opone a tomar la medicación, entonces imagínate...

A: ¿Y cómo maneja esa situación un enfermero que no tomo el curso y que tampoco tiene las herramientas?

E: Lo deja ahí, lo deja ahí y llama al enfermero del servicio, no se presta, más si esta neurótico.

A: Claro, tratando de desligarse...

E: Y sí...aparte lo que hay ahora es mucho miedo, mucho miedo. Justo ese día que vinieron sus compañeros, hubo una charla sobre el Ébola y yo les comentaba: cómo es que el miedo convoca porque nosotros organizamos una charla sobre otros temas y vienen 20 personas. Ese día que eran como 200, en el aula magna. La tuvieron que hacer en dos veces porque no entraban. Y el miedo convoca y lo mejor es la información.

A: Del personal que no hizo el curso, hay gente que no lo hizo porque no quiere... ¿Usted sabe si estas personas están de acuerdo o no con la ley?

E: De hecho, yo creo que son muy pocos los que conocen la ley. Saben que la ley, lo único que dice es que se puede internar en cualquier lugar de capital, conocen muy poco.

Después, mi experiencia, a ver..., sigo con la condición del servicio. Me acostumbre a trabajar para un 70% que es lo positivo, siempre. Por más que vos pongas todo y digas, bueno necesitas esto? Acá esta. Siempre van a decir no, porque falto una cosa.

Llega un momento en que esto me paraliza también y no puedo avanzar. Entonces qué hago? Trabajando para el 70% , el otro sabe que hay un porcentaje que por más que le pongas va a ser negativos. Y ha sido esa gente que le decís y no va a ningún curso, critican todos los cursos, critican esto critican lo otro. Honestamente con esos ni labure, les preguntas al principio y si no quieren listo, trabaja con la gente que quiere cambiar que es un mayor porcentaje y desde ahí cambias.

Ahora si gastas toda la energía en ese 30% que son los que critican sin construir, porque la crítica es buena siempre y cuando sea constructiva.

Bueno esto te lo da siempre la experiencia de un tiempo, cuando trabajas con todo vas a ver lo producido y no es nada giraste en torno a lo negativo. Porque hay un porcentaje que le decís y te dice no porque esto y lo otro lo cambias y dice no porque esto y aquello, a final no sabes si esta más loco el paciente o el personal pero lo bueno, y esto es un consejo siempre para lo que hagan, trabaja para el mayor porcentaje. Es un positivo que sabes que desde ahí vas a poder cambiar lo que vos quieras cambiar.

Yo también pongo energía en lo que sé que voy a ver resultado sino te paralizas.

A: Tomando un poco lo que usted dice que digamos es como un verdadero-falso, ¿cómo sería? que usted está de acuerdo con la ley con la necesidad de capacitar al personal, pero sin embargo hay ciertas limitaciones con todo lo que tiene que ver con las condiciones necesarias, económicas quizás no? ¿Estoy en lo correcto?

E: Si, si eso porque en realidad las leyes no son ni todas malas ni todas buenas, son perfectibles. Hay que ver como se implementan, como se aplican como se controla, porque yo creo que yo creo que si uno ve el país tiene un montón de leyes y las mejores leyes pero no se aplica o no se cumple, entonces no se para que hay tantas leyes. Acá tenés un montón y muy buenas hablando de lo que es salud mental, hay muchas leyes que están bárbaras pero no se aplican.

Creo que es una ineficacia nuestra no?.

Digamos yo me encuentro con vos y te digo bueno, un día de estos de llamo. Y si digo eso sabes que nunca en cambio el inglés dice el viernes? Bueno nos vemos el viernes, me refiero a esas cosas, ser más serios en eso, vamos a encontrarnos en serio. Ese te veo tal día no llega mas y es una lástima. Y así esto se va desplazando en todo, mas en estas instituciones que no hay normativas, entonces no hay ni crimen ni castigo.

Si vos haces las cosas bien no te premian y si las haces mal tampoco te castigan, entonces terminas envuelto en eso entonces nunca avanza. Y yo creo que es un lugar de mucho prestigio, yo defiendo a muerte. Conviví en el Hospital Público y es uno de los mejores lugares. Estamos a la altura de una Mater Dei, una Suizo Argentina, o más. En lo que es profesional. Es más, los médicos a veces siguen viniendo por la chapa que ponen en el consultorio porque saben que es como más emprenden.

A: Claro, eso es lo que nos pasa como estudiantes de la Universidad. Un elige ir a una universidad pública, a veces, hasta teniendo la posibilidad de ir a otra.

E: Claro, nosotros tenemos mayor prestigio por trabajar acá.

A: Por más que el privado sea más organizado...

E: Claro. Yo creo que igual, si uno hila finito, hubo una historia previa que es lo que lleva a eso. Hay cosas privadas que no tienen el prestigio que tiene el público. Yo porque fui también a privada, hice el Profesorado, estuve en la USAL, primero había ido a la UBA y después vos ves, cosas así como decís vos, de la organización que te ponen mal. Ponele, te dicen que empieza tal materia a tal hora y no hay profesor, y vos decís: yo vengo y si no está te querés matar. En cambio vas a la privada y te dicen: bueno, tal u otra cosa, y eso también es bueno. Y a veces decía te querés matar que vas a la UBA y te pasan esas cosas, por eso terminé yendo a la otra, a la privada. Te empujan, digamos que no desperdicias el tiempo que tenés.

A: Volviendo al tema, hay algo que me cuesta creer. Vos decís que se aprobó la Ley y que de ahí en más, es como si no hubiese pasado nada, no se cambió nada, nadie vino y dijo "bueno, gente se

aprobó la Ley de Salud Mental, a partir de mañana tal cosa”. Nada, o sea surgió de la necesidad de ustedes, digamos, por tener que lidiar con el tema.

E: Pasa que a veces decía alguno “no lo quiero atender porque así no se puede”. Entonces nos preguntábamos ¿cómo hacemos?, ¿qué hacemos? Porque en Salud Mental también se volvían locos porque también los llamaban a cada rato, todo el tiempo volviéndolos locos. Íbamos a terminar internando al personal (risas).

A: ¿Y Salud Mental qué hacía antes de la Ley?

E: Derivaba y se atendía más por el lado de consultorios externos. Como debe ser también.

A: Bueno, muchas gracias por su ayuda.

E: Si necesitan algún dato más no duden en consultarme.

## **ANEXO 7: Entrevista a Psicóloga**

### **AREA: Servicio de Salud Mental**

#### **Transcripción de entrevistas**

##### **1) Entrevista a la psicóloga, integrante del equipo de internación en Salud Mental.**

Ingresamos al despacho donde se encontraba la Licenciada, un lugar muy pequeño cuya puerta se asemejaba a las de las terrazas de una vieja casona y comenzamos la entrevista, la cual inició ella de forma muy amena contándonos acerca de su formación.

P: Psicóloga

A: Alumnos

P: Bueno, les cuento que estudié y fui docente en la UBA, trabajo en el hospital Ramos Mejía desde hace 30 años y hace algunos años me pasaron al área de salud mental.

#### **A: ¿Trabajas con algún equipo de profesionales?**

P: Sí, trabajo con otros psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en el área de internación en salud mental. Hay un equipo de residentes que trabaja en el área de interconsulta. Lo que hacen ellos es recibir a los pacientes que van a consultar por determinado motivo y, según sea el caso, lo derivan al área correspondiente. Si el paciente se encuentra angustiado o se angustia en el momento de la consulta, los residentes piden una interconsulta en salud mental.

#### **A: En general, ¿Qué tipos de pacientes llegan a su área?**

P: Pacientes con intentos de suicidio, drogodependientes, violentos, entran al área de salud mental. Donde haya cama, ya que no hay un área específica de salud mental, se internan. Pero los enfermeros dicen que no los quieren, no los cuidan, no les controlan la medicación. Se internan en cualquier área y no los tratan como se debe.

En traumatología, nos hacen la guerra.

#### **A: ¿Qué pensas de la Ley de Salud Mental?**

P: Yo creo que esa Ley se realizó con 12 personas en el sur que se juntaron e hicieron la ley.

En éste hospital, en cierto punto, también se manicomializa al paciente porque en todas las áreas el paciente es “el loco”, no los atienden, molesta al trabajo de la sala. La verdad, no favorece.

Lo ideal sería que haya una sala especial con un equipo preparado de profesionales y enfermeros capacitados para salud mental.

De hecho, antes de la Ley, no había equipos de internación. Yo comencé a impulsar el equipo interdisciplinario con psicólogos y psiquiatras. Yo no atiendo en honor a la Ley, yo atiendo.

Deseo tener un área de internación en salud mental para que los pacientes puedan ser tratados como corresponde.

**A: ¿Existen dispositivos alternativos a la internación?**

P: Si el paciente se da de alta en el hospital, lo toma un psicólogo o psiquiatra que los atienden como externos para seguir tratando la medicación. Nuestro equipo de internación trabaja bien. Hay internaciones involuntarias que luego pasan a ser voluntarias y también internaciones voluntarias, donde viene un paciente que viene y dice “me quiero internar”.

Una vez dados de alta sí, hacemos tratamientos ambulatorios, consideramos hospitales de día y casas de medio camino pero, en general, trabajan mal allí.

**A: ¿Quiénes son los que deciden la internación o externación de los pacientes?**

P: Cualquiera del equipo. Trabajador social, psiquiatra y psicólogos deciden la internación o externación.

**A: ¿Trabajan con las familias en el tratamiento de los pacientes?**

P: Sí, trabajamos con las familias si el paciente requiere tratamiento familiar.

**A: Antes mencionabas que lo ideal sería que haya un equipo de profesionales y enfermeros especializados en salud mental. Nos han comentado que acá en el hospital han ofrecidos cursos de capacitación en salud mental pero que los enfermeros no han ido. ¿Tenés alguna idea de por qué ocurrió esto?**

P: Hay una posición de los Jefes de sala que no los dejan salir. Seguramente por eso no han asistido. Los enfermeros de éste hospital van rotando de área.

**A: ¿Podrías comentarnos un poco cuáles son los derechos del paciente dentro del hospital?**

P: Más que nada, una vez que está internado, se tienen que cumplir con las normas del hospital, es decir, los horarios de comida, medicación, etcétera.

**A: Bueno, muchas gracias por tu tiempo.**

P: No, por favor. Cualquier cosa, ya saben, tienen mi número así que estamos en contacto.

## ANEXO 8:

### **Entrevista a Psicóloga Social y a Enfermero Servicio de Salud Mental**

Ingresamos a un cuarto del hospital dentro del servicio de Salud Mental, en el que estamos algunos alumnos y los dos profesionales.

A: Alumnos

P: Psicóloga

JE: Enfermero

**A: ¿Qué tipo de patologías llegan al hospital?**

P: Pacientes en situación de calle, pacientes con patologías psiquiátricas...

JE: A salud mental llegan de todas las patologías, inclusive adictos o trastornos de la personalidad, intentos de suicidio, agresivos ese tipo de pacientes.

**A: ¿Y de dónde vienen?**

JE: Ingresan por la guardia y luego ven la necesidad de atender, y si hay que internarlo, lo interna en cuanto tengan cama, en cualquier sala, en cualquier lugar donde haya cama, porque acá no tenemos una sala de internación, al no tener una sala cualquier paciente va a donde puede, y eso genera conflictos.

P: (asiente lo dicho por Víctor), pacientes en salud mental que están en traumatología, conviviendo con pacientes que están internados por con otras patologías.

**A: ¿Es decir porque no hay las suficientes camas?**

P: No, porque no es un hospital neuropsiquiátrico, es un hospital de agudos, y la nueva ley de salud mental dice que pacientes con problemas en salud mental deben ser internado donde haya lugar.

**A: ¿Qué piensa de la ley de salud mental?.**

P: Yo estoy en contra de la ley.

**A: ¿Por qué?**

P: Primero cuando hablan de la desmanicomialización del paciente, no se previó esta situación, digamos, porque una ley debe ir acompañada de un presupuesto, porque la ley habla de casas de medio camino, hospital de día... Bueno nada de eso existe y bueno ¿Quién lo absorbe? El hospital en este caso que es de agudos pero que es la situación de los 33 hospitales. Entonces el paciente termina no teniendo un tratamiento adecuado, pasan a ser pacientes de razón social que quedan

meses hasta que se les consiga un tercer nivel, un hogar si son jóvenes y si no vuelven a la calle y hasta que vuelve a ingresar con otra crisis.

**A: ¿Los dispositivos que están planteados no son viables?**

P: No, no son viables porque no está instrumentado como hacerlo...

JE: Es por eso que estamos en contra de la ley, porque no previnieron esas cosas. En este momento los pacientes con alteraciones psiquiátricas están aumentando la cantidad. A comparación de años anteriores los pacientes que están internados en la guardia son de alteraciones psiquiátricas, sumado a que en el hospital no hay camas, y no lugar donde se los reciba. Nosotros tuvimos pacientes con trastornos de la personalidad, y en situación de calle que estuvieron viviendo en el hospital como 3 meses, y no le pudimos dar solución, porque no encontramos un lugar adecuado, y volvieron a ir a la calle. Entonces el trabajo que una realiza se ve frustrado. La ley es muy linda y pinta un panorama, que no es en la realidad así.

P: En estas condiciones en inaplicable la ley, está pero bueno no es efectiva. Esta bueno lo de externar al paciente pero necesita otro tipo de contención, no que quede en la calle viviendo...

**A:¿ Los enfermeros recibieron capacitación?**

JE: Ese es otro tema... Ante la ley fue necesario poner en plan un programa. La primera cursada que hicimos tuvimos una respuesta positiva de la gente del hospital, empezaron a ver a los pacientes de otra manera. Los que no fueron al curso ven al paciente como un loco que va a romper todo, le tienen pánico, tienen miedo de acercarse, ante esta problemática fue que hicimos el curso. La segunda cursada fue más o menos, la tercera ahí y la cuarta que es ahora, nadie. De afuera sí, pero del hospital nadie.

P: A los médicos tampoco les interesa capacitarse. Nosotros planteamos la posibilidad de hacer un SUM (Salón de Usos Múltiples) para hacer diferentes actividades de terapia de grupos, talleres de arte... pero desde la dirección no se autorizó, dijeron que ese no es el rumbo.

**A: ¿Cuál es su metodología de trabajo?**

P: Primero se tiene la entrevista terapéutica, se resuelve qué medicación se le va a dar y también se trabaja con el servicio social. Hay que ubicarlo con la familia, se los cita, no hay un acompañamiento desde el servicio donde está internado, es difícil. Había por ejemplo un paciente que nadie le controlaba la medicación, “Y bueno, si no la quiere tomar...” esa era la respuesta de los médicos.

**A: ¿Qué piensan los pacientes, dicen algo de que están en cualquier sala?**

P: ¡No, la pasan bomba! Si nadie los controla... tienen donde dormir, comida, se van a la placita, vuelven, y ahí es donde se genera el conflicto cuando vuelven de la placita o de su gira nocturna, entonces nosotros decimos ¡No los dejes salir! pero nos dicen ¡Ay, no...!. Pero vienen dado vuelta y hacen un lío bárbaro en la sala

**A: ¿Hay un seguimiento cuando la persona se va?**

P: No, para nada.

JE: Somos como un hospital “proveedor”, le damos la ropa, se la lavamos, se la planchamos, tienen cama, comida, medicación, tienen todo y encima tienen la sustancia que ellos consumen cuando se van a la placita. Hay gente que vive acá adentro del hospital, algunos salen a robar inclusive. La solución de la institución termina siendo llamar a la policía

**A: ¿Y ese paciente adónde va?**

P: ¡A la calle!

JE: Va preso ponele por 24 hs, lo sacan de la cárcel diciendo que no tienen que pisar más el hospital, ¡lo amenazan! para que no venga más por acá, pero a veces el paciente no encuentra otra solución y vuelve...

1) Entrevista a enfermero del área clínica

A: Alumnos

E: Enfermero

**A: ¿Hace cuánto trabajas en el Ramos Mejía?**

E: Y acá estoy hace nueve años

**A: ¿Qué es para vos la salud?**

E: Para mí la salud es un estado de equilibrio no sólo corporal, sino también mental y del entorno.

**A: ¿Alguna vez trabajaste en el área de Salud Mental de este hospital?**

E: No, nunca trabajé en el área de salud mental. Me interesa. Igual no hay un área específica. Acá también están los pacientes de salud mental (Señala para atrás y a sus costados, en donde hay pacientes recostados)

**A: ¿Tuviste capacitación en Salud Mental?**

E: Sí, fui a un curso de acá en el Ramos. Estuvo bueno, pero no fueron muchos compañeros. Me gustaría ir al de este año pero como acá somos pocos (señala a su alrededor), no me puedo ausentar para ir porque no hay nadie para cubrirme, como por ejemplo ahora que estoy yo solo, no podría ir.

**A: ¿Por qué crees que no fueron muchos compañeros al curso?**

E: Y... Al haber un solo horario se complica. No hay un “yo te cubro” porque estamos todos en horario de trabajo, creo que era a las 9 hs. de la mañana... No sé, pero el curso era en horario de



trabajo, algunos pedían permiso para ir pero no los autorizaban porque si se iban... ¿Quién se quedaba con los pacientes? Somos pocos acá.

**A: ¿Qué solución propondrías para que vaya más gente a los cursos?**

E: ¡Ojalá pudiéramos ir todos! estaría bueno que nos den tiempo, ¡Y tiempo para descansar! y cortar también... Somos muy pocos, es mucho el cansancio. El otro día una compañera tuvo síndrome de burnout, lloraba... algunos están saturados y ni piensan en ir al curso... Haría falta más enfermeros, así podemos cubrirnos y que nos autoricen a ir al curso porque es en horario de trabajo.

## **ANEXO 9: Entrevista a enfermera del Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía**

**(año 2019)**

*La entrevista no fue realizada personalmente porque está con licencia médica.*

*Como no está asistiendo al Hospital, se ofreció a colaborar por e-mail.*

*Se le enviaron unas series de preguntas, a las que respondió:*

*En el primer correo:*

“El servicio de salud mental articula con otros servicios el abordaje del paciente sea servicio social, neurología, clínica médica, obstetricia, donde hay una psicóloga designada, inmunocomprometidos.

En consultorios externos los turnos tienen demora para orientación un mes y luego tres meses más o menos, para psiquiatría un año.

El perfil de la población es en su mayoría pacientes del conurbano y sin obra social.

Conforme a la ley de salud mental los pacientes siguen siendo internados en diferentes salas junto a otros pacientes que no son de salud mental, lo cual sigue trayendo aparejado conflictos diarios, se ha realizado durante este año cursos de capacitación para el personal a fin de mejorar y erradicar el prejuicio sobre estos pacientes, también tenemos los talleres barriales “arcoíris” de salud mental a fin de integrar, enseñar, distintas disciplinas como yoga, qi gong, teatro, crochet, tangoterapia y otros más.”

*En el segundo correo:*

“Como programa de prevención tenemos los talleres barriales. Sí nos falta lugar, necesitamos un lugar para trabajar con los pacientes internados en diferentes actividades.

En cuanto a otras instituciones sí, como consultas derivaciones, etc.

No tengo el dato exacto de cuántos somos pero alrededor de 30, entre psicólogos, psiquiatras, psicopedagoga, que hay una sola enfermería sin contar residentes y concurrentes que serán 40 más.”

*Otras preguntas no fueron contestadas.*

*Algunos ejemplos de las no respondidas:*

*¿Cómo continúan su tratamiento los pacientes de internación que son dados de alta? ¿Se los vincula con otras instituciones de la red socio-sanitaria?*

*¿La comunidad solo asiste o también participa en el diseño/implementación de los talleres “arcoíris”? si participa, ¿de qué manera lo hace?*

**ANEXO 10: Entrevista a Psicóloga del Dto. Área Programática de Salud del Hospital Ramos Mejía  
(año 2019)**

E: ¿De qué se ocupa el área programática y qué prestaciones brinda?

P: Las áreas programáticas hay una en cada hospital general, que tiene una superficie demográfica designada para atender las necesidades de esa población. La nuestra en particular se extiende desde la Av. Córdoba hasta Gararay, Bulnes – Boedo, y la Nueve de Julio. Toda esa es la superficie que le corresponde. Son seiscientas manzanas, que es el área de incumbencia del área programática, donde tiene que desarrollar todo lo que son actividades de promoción, prevención de la salud, y entender y detectar las necesidades de esa población y responder a esas demandas. El área programática tiene el área programática central que es donde estamos nosotras acá en el hospital, y después tiene el CeSAC 45 y el CeSAC 11, y aparte tiene los centros médicos barriales. Tanto los centros médicos barriales como los CeSAC, son el primer nivel de atención. Todos dependen del área programática central.

E: ¿Qué profesionales integran el área?

P: Hay profesionales de distintas disciplinas: pediatras, clínicos, kinesiólogos, psicólogos obviamente, psicopedagogos, una antropóloga, trabajador social, enfermeros... dentro de lo que es el área acá en el hospital. Después aparte en los CeSAC también hay otras disciplinas: hay ginecólogos, kinesiólogos igual que acá, farmacéuticos...

E: ¿Reciben cursos de capacitación por parte del Ministerio de Salud, del Estado?

P: Hay distintos cursos. Hay cursos que son de nivel central y después están los cursos que cada hospital eleva todos los años, que tienen el aval de Capacitación Central. Y de hecho nosotros acá dictamos un curso sobre el área programática, con el aval de Capacitación Central que es el Ministerio.

E: ¿Cómo describirías a la población que es usuaria del hospital?

P: Eso es muy amplio, porque una cosa es la población de todo el hospital y otra cosa es la población del área programática, que en parte se superpone y en parte no. Porque el área programática tiene este criterio geográfico, entonces esa es nuestra población. Por otro lado, el hospital tiene una población más amplia, porque el hospital puede trabajar con pacientes de provincia, con pacientes de otras áreas programáticas (por ej. del Durand, del Pena). Entonces no es la misma población. Para darte un ejemplo para comparar: Salud Mental del hospital, que es un servicio aparte, tiene una población... tiene demanda espontánea: los pacientes se acercan y piden un turno directamente y no importa donde viven son atendidos ahí. Mientras que el área programática que dentro del área tiene un equipo de Psicología, no atiende por demanda espontánea, sino por derivaciones de pacientes o de personas, porque viven o porque van por ejemplo a un colegio que pertenece a nuestra área.

E: ¿Este sector asiste o también participa en el diseño/implementación de prácticas, talleres?

P: Si, se desarrollan distintos talleres. Tanto desde el área central como desde los CeSAC. Desde el área hay distintos tipos de talleres. Hay algunos que están ya con una temática armada, y después se van adaptando a las características de cada escuela, como por ej. los de prevención de consumos problemáticos. Actualmente no los estamos haciendo, pero por ejemplo los de orientación vocacional, los de educación sexual. Y aparte hay otros talleres que se arman a pedido de la escuela. Es decir que la escuela nos convoca por algo en particular, se trabaja con la escuela y si se considera que la mejor opción para responder a ese pedido es un taller, entonces se arma un taller específicamente para responder a eso. Puede ser por ejemplo por un tema de convivencia.

E: ¿Hacen relevamiento de las necesidades sociales?

P: Si, hay distintos relevamientos. Hay algunos que tienen que ver con el trabajo en base a las estadísticas oficiales. Y otros que tienen que ver con el relevamiento o en las escuelas, o en instituciones del área tanto en torno a discapacidad, adulto mayor...

E: ¿Implementan planes y programas nacionales, provinciales, municipales?

P: Una de las misiones del área programática es llevar adelante las políticas públicas. Es decir que todas las áreas tienen por un lado programas que son de políticas públicas, que pueden ser nacionales o pueden ser del Gobierno de la Ciudad para llevar adelante. Y aparte hay equipos o temáticas que se arman en respuesta a necesidades de esa área en especial, que no son comunes a otras áreas. Para darte un ejemplo: Salud Escolar es común a todas las áreas. En cambio, el trabajo – equipo en torno a Discapacidad es un equipo que formamos en nuestra área, es algo local, que generalmente no está en casi ningún área.

E: ¿Cómo implementan la Ley de Salud Mental? ¿tienen algún plan en relación a la desmanicomialización?

P: Nuestro trabajo es el primer nivel de atención. Nosotros tenemos psicólogos, pero no tenemos psiquiatra, ni psiquiatra infantil, ni guarda. Entonces eso define las problemáticas que podemos tratar acá, y no están tan ligadas a las internaciones. Sí desde el trabajo de discapacidad, en cuanto al apoyo de todo lo que tiene que ver con la Ley de Salud Mental, con la convención de los derechos de las personas con discapacidad, estamos de acuerdo y tratamos de trabajar fomentando todos esos derechos.

E: ¿Tienen los recursos necesarios?

P: En el área no tenemos recursos por ejemplo para salir a hacer un taller. Sí hay recursos generales del área, por ejemplo para papelería. Sí tienen los CeSAC, cuentan con materiales. Nosotros acá en el área central no. El área programática es un departamento dentro del hospital con todas las características que hablamos. Aparte está el Servicio de Salud Mental que depende de otro departamento, y está formado por psiquiatras y psicólogos. Aparte hay psicólogos en guardia. Ahí sí trabajan en conjunto en guardia y con pacientes internados. Nosotros en general no trabajamos con pacientes internados. Siempre faltan más consultorios, hay lugares donde falta pintura. La

infraestructura del área es similar a la del hospital en general, que no es la misma que la de los CeSAC. Los CeSAC tienen mayor infraestructura.