

Beca de investigación en Salud Pública “Julietta Lanteri”

# Procesos de externación de dispositivos de guardia y sala de internación de salud mental en un Hospital Interzonal General de Agudos: análisis de experiencias múltiples desde una perspectiva de derechos. Periodo 1/11/2022 al 1/06/2023

## Discharge processes of emergency room and inpatient mental health units in a General Interzonal Acute Care Hospital: an analysis of multiple experiences from a rights perspective. Period 1/11/2022 to 1/06/2023

**Au**

**Yesica Gutiérrez**

Lic. en Terapia Ocupacional. Magister en Metodología de la Investigación Científica.

**Marcela España**

Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Coordinadora del equipo de externación. **1**

**Brenda Maggio**

Médica. Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Especializada en Gestión hospitalaria. Jefa de Sala de Internación de Salud Mental. **1**

**Federico Schaikis**

Médica. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Medicina Legal.

**Antonella Fontana**

Maestranda en neuropsicofarmacología clínica. Instructora de residentes. **1**

Lic. en Psicología. Especialista en Clínica de adultos. Especializando en clínica infantojuvenil. Jefe de residentes. **1**

Licenciada en Psicología. **1**

**1** Hospital General Interzonal de Agudos “Evita” Lanús, Argentina. [yesikgm@gmail.com](mailto:yesikgm@gmail.com)

**Rs**

### RESUMEN

Debido al incremento de las problemáticas vinculadas a los procesos de externación, acentuados luego de la pandemia SARS- COV- 2 en el año 2020, es que se decide realizar este estudio, cuyo objetivo es identificar los obstáculos y facilitadores en los procesos de externación de usuarios/as de los dispositivos de guardia y sala de internación del Servicio de salud mental de un Hospital Interzonal General de Agudos del conurbano bonaerense del partido de Lanús. Para ello se rescató la percepción de los usuarios/as, red familiar y/o red de apoyo y profesionales en relación con las barreras y facilitadores presentes en dichos procesos. Se optó por un diseño de enfoque mixto, de tipo observacional y corte transversal. Se adoptó una metodología hermenéutica interpretativa en la recolección, análisis e interpretación de datos basada en el método de análisis de contenido. Fue diseñada una entrevista semidirigida, registrada mediante notas y grabaciones de audio, tras obtener el consentimiento informado. Se conformó una muestra aleatoria con un total de 57 participantes. Se establecieron cinco categorías vinculadas a los derechos sociales: salud, vivienda, seguridad social, trabajo y justicia; y seis tipos de barreras: material, comunicativa, administrativa, sociocultural, económica y geográfica. La muestra se tomó en el periodo comprendido entre el 1/11/2022 al 1/06/2023. En ambos dispositivos y en los tres actores, la mayoría percibió más barreras que facilitadores en todas las categorías propuestas, a excepción de los usuarios/as de guardia. En los dos dispositivos la principal barrera percibida por los profesionales es la de tipo material, vinculada al acceso a la salud. A partir de lo cual se insta al armado y fortalecimiento de recursos y estrategias que propicien la continuidad de cuidados y la inclusión sociocomunitaria como es previsto por la Ley Nacional de Salud Mental. La principal barrera detectada en los usuarios/as y la red familiar/ red de apoyo es la de tipo comunicativa, lo cual evidencia serias restricciones en el acceso a la información por parte de la población.

#### Palabras clave:

Procesos de externación; hospitales generales, servicios de salud mental, derechos socioeconómicos, barreras de acceso.

**Ab**

### ABSTRACT

Due to the increase in problems related to discharge processes, accentuated after the SARS-CoV-2 pandemic in 2020, this study was carried out to identify the obstacles and facilitators in the discharge processes of users of the emergency room and inpatient wards of the Mental Health Service of a General Interzonal Acute Care Hospital in the greater Buenos Aires, in of the Lanús district. To this end, the perception of the users, their families and/or support networks, and professionals were obtained regarding the barriers and facilitators present in these processes. A mixed-method approach with an observational and cross-sectional design was chosen. An interpretive hermeneutic methodology was adopted in the collection, analysis and interpretation of data based on the content analysis method. A semi-structured interview was designed and recorded through written and audio notes after obtaining informed consent. A random sample of 57 participants was formed. Five categories linked to social rights were established: health, housing, social security, work, and justice; and six types of barriers: material, communicative, administrative, sociocultural, economic, and geographical. The sample was taken from 11/1/2022 to 06/1/2023. In both settings and among the three groups, the majority perceived more barriers than facilitators across all proposed categories, except for emergency room users. In both settings, professionals identified material barriers as the main obstacle, specifically linked to access to healthcare. As a result, the creation and strengthening of resources and strategies that promote continuity of care and socio-community inclusion, as provided for by the National Mental Health Law, are urged. The main barrier detected in users and their family and/or support networks is communicative, which indicates serious restrictions in the population's access to information.

#### Keywords:

Discharge processes; general hospital; mental health services, socioeconomic rights; barriers to access.

# In

## INTRODUCCIÓN

Este artículo es el resultado final del proyecto de investigación financiado por el Programa de Becas Julieta Lanteri 2022. La investigación se llevó a cabo en los dispositivos de guardia y sala de internación del Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” Lanús, situado en el conurbano bonaerense de la provincia de Buenos Aires, en el período del 1/11/2022 al 1/06/2023. Dicho hospital, debido a su trayectoria y complejidad, resulta referente en materia de salud mental en la región sanitaria VI<sup>1</sup>.

En 1956, a cuatro años de la inauguración del hospital, el Dr. Mauricio Goldemberg toma a su cargo el Servicio de Psicopatología del, en ese entonces, Policlínico de Lanús (actualmente Hospital General de Agudos Evita de Lanús). A partir de su dirección, el servicio comienza a desarrollar programas pioneros en lo que respecta a salud mental, no sólo a nivel nacional, sino en toda la región latinoamericana, tales como: la creación de la primera Sala de internación de salud mental en un hospital general; el primer Equipo de interconsulta de salud mental en Argentina, en ese entonces llamado Psiquiatría de enlace; y el desarrollo de dispositivos de atención comunitaria y de rehabilitación. Asimismo, el hospital supo ser centro de formación por excelencia y de producción de conocimiento, y se ha constituido como centro de referencia en salud mental en la región sanitaria que integra.

Si bien el proceso de adecuación para evitar el ingreso de personas usuarias a unidades de largo plazo en hospitales monovalentes, y favorecer las externaciones de las personas que aún permanecen hospitalizadas, es llevado adelante a través de las políticas públicas, como por ejemplo el programa “Buenos Aires libre de Manicomios” (I), aun así las condiciones de transformación y creación de dispositivos adecuados para efectivizar estas políticas, tales como salas especializadas en hospitales generales, dispositivos intermedios y habitacionales, resultan escasos. Esta situación conlleva un notable incremento de la demanda en los dispositivos con permanencia, en observación e internación (guardia y sala) y, en consecuencia, a ralentizar los procesos de externación.

El Centro de Investigaciones Legales y Sociales (2), de ahora en adelante CELS, plantea la externación como “un proceso de restitución de derechos, un proceso des-institucionalizador”, diferenciándolo así de otros procesos tales como la externación compulsiva o expulsión institucional y la trans-institucionalización. Las internaciones prolongadas y las dificultades en la continuidad de cuidados muchas veces desencadenan fenómenos de internaciones y reinternaciones, situaciones que explicitan de forma contundente la vulneración en el acceso a los derechos sociales con que las personas con padecimiento psíquico han sido sometidas sistemática

históricamente. La indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos implica poner en relación el derecho a la salud con otros derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.

La cronificación de una internación por salud mental implica la vulneración de los derechos sociales y es una de las principales problemáticas estructurales del campo de la salud mental. Esta situación refleja una contravención a la Ley Nacional de Salud Mental (3) sancionada en el año 2010, de ahora en adelante LNSM, y evidencia la ausencia y carencia de estrategias de cooperación interinstitucional, intersectorial, y el fortalecimiento de propuestas terapéuticas sustitutivas y comunitarias, a pesar de los avances que en materia normativa introdujo a nivel nacional su sanción. Es en este marco que varios estudios (2,4) concluyen sobre la persistencia del “hospital como principal política pública” y como “única política de estado” para la atención de las problemáticas vinculadas al proceso de atención y cuidados en salud mental.

Los procesos de internación/externación que se desarrollan en los dispositivos de guardia y sala de internación tienen como actores principales a usuarios/as, red familiar/de apoyo y equipo de salud. Es por ello que esta investigación los considera informantes claves a través de los cuales se puedan develar los diversos factores que inciden como facilitadores u obstaculizadores en los procesos de externación.

El presente trabajo tiene como objetivo general identificar los obstáculos y facilitadores en los procesos de externación y continuidad de cuidados de usuarios/as de los dispositivos de guardia y sala de internación del Servicio de salud mental de un Hospital Interzonal General de Agudos del conurbano bonaerense, con el fin de favorecer la implementación de la LNSM. Para ello se proponen como objetivos específicos detectar y develar la percepción de los usuarios/as, de la red familiar y/o red de apoyo y de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud mental en relación con las barreras y facilitadores presentes en los procesos de externación, a fin de corroborar la hipótesis de investigación. La misma plantea que en la percepción de usuarios, familiares/ red de apoyo y del equipo interdisciplinario de salud mental existen dificultades para la adecuada implementación de la LNSM en los procesos de externación.

El Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022/2027 (5), posee como eje transversal el acceso a los derechos, desprendiéndose como uno de sus objetivos “identificar las causas que obstaculizan el acceso a derechos humanos de las personas con padecimientos en salud mental, incluyendo aquellas que se encuentran institucionalizadas,

<sup>1</sup> La provincia de Buenos Aires, Argentina, divide el territorio en 12 regiones sanitarias.

y trabajar para su erradicación". En la línea de acción correspondiente propone la "identificación y el relevamiento de los múltiples obstáculos y barreras de acceso para el cumplimiento del derecho a la salud para llevar adelante acciones que garanticen su ejercicio y su relación con otros derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, para impulsar la garantía y/o restitución de los mismos".

Las barreras, comprendidas como limitaciones o dificultades en el acceso, generan situaciones de exclusión social; por el contrario, se definen como facilitadores las oportunidades de acceso que promueven la inclusión social y favorecen el proceso de externación.

Las barreras han sido clasificadas a partir de la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (6) y el

estudio de Báscolo et al. (7), definiendo para este estudio seis barreras: materiales, administrativas, geográficas, económicas, socioculturales y comunicativas. Estas pueden obstaculizar el acceso a los derechos relacionados a la inclusión social de las personas con padecimientos mentales en proceso de externación de instituciones de salud mental. A su vez, los derechos fueron considerados a partir de la propuesta del CELS (1,8): derecho a la salud, la vivienda, el trabajo, la seguridad social y la justicia. Del mismo modo, Comes et al. (9) sostienen que definir la accesibilidad desde la oferta invisibiliza el hecho de que los sujetos son, en sí mismos, productores de accesibilidad. Siguiendo estas concepciones es que la presente investigación sostiene como uno de sus objetivos recuperar la voz de los usuarios/as y familiares/red de apoyo para la construcción de mejoras en el acceso.

## MM

### MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación corresponde a un estudio de tipo observacional, de corte transversal y enfoque mixto (10,11). Se ha conformado una muestra aleatoria y heterogénea (12), que contempló la diversidad de actores involucrados en los dispositivos de guardia y sala de internación de salud mental presentes durante el periodo 1/11/2022 al 31/05/2023, que hayan cumplido con los criterios de admisión y prestado consentimiento informado, a saber: usuarios internados en los dispositivos mencionados, en el lapso establecido, en condición de alta; integrantes de la red familiar y/o personas de apoyo de los usuarios que cumplan con los criterios de admisión establecidos; profesionales que integren los equipos interdisciplinarios de salud mental de los dispositivos de guardia y sala de internación de salud mental, incluyendo enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y jefatura de los Servicios de Salud Mental, Emergencias, Trabajo Social y Unidad de Psicología.

La muestra quedó conformada por 57 participantes del estudio, siendo 8 usuarios de sala, 9 usuarios de guardia, 8 integrantes de la red familiar/red de apoyo de sala, 5 integrantes de la red familiar/red de apoyo de guardia, 16 profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud

mental de la sala y 11 profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental de guardia.

Se utilizó como instrumento para la recolección de datos una entrevista semidirigida como fuente primaria de información, la cual fue administrada siguiendo una guía de preguntas abiertas elaboradas en relación con las categorías propuestas, a modo de variables, determinadas por los derechos de los usuarios/as con padecimientos mentales considerados en los procesos de externación. El registro fue realizado a través de audio o papel, según lo consentido por el entrevistado.

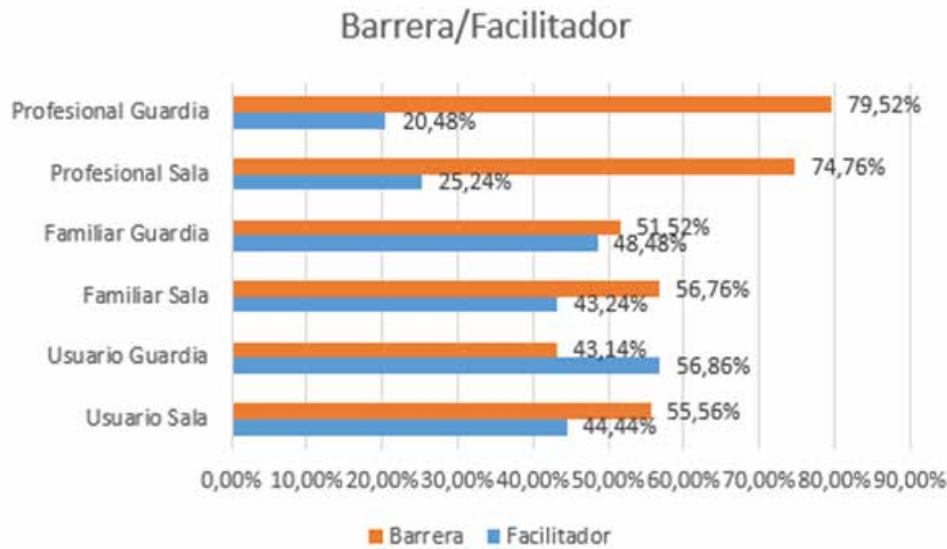
Para el análisis de datos cuantitativos se diseñó una matriz de datos de triple entrada, considerando cada una de las cinco variables/categorías, sus respectivas dimensiones y los seis grupos de actores que conformaron la muestra. A partir de ello se elaboraron tablas de frecuencia múltiple que reflejan la distribución de las diversas barreras y facilitadores por cada actor y dispositivo. Por su parte, para el análisis cualitativo se optó por el método hermenéutico y el análisis de contenido (13), abocado a los enunciados manifiestos y latentes de los entrevistados, y que permitan una categorización en torno a los objetivos de la investigación.

## Rs

### RESULTADOS

La mayoría de los profesionales, tanto de los dispositivos de sala de internación de salud mental como de guardia de salud mental, perciben más barreras que facilitadores en todas las categorías propuestas vinculadas a los cinco

derechos considerados, del mismo modo que la mayoría de los usuarios y la red familiar/red de apoyo de ambos dispositivos, a excepción de los usuarios de guardia que perciben más facilitadores que barreras.



**Figura 1.** Distribución de barreras y facilitadores según actor  
**Fuente.** Elaboración propia.

El estudio de Báscolo et al. (7) refiere un conjunto de barreras de acceso a la salud que fueron tomadas como modelo para elaborar el sistema de codificación propuesto para esta investigación. El mismo puede considerarse de la siguiente manera:

**Barrera física o material:** cuando la disponibilidad del recurso es nula o insuficiente.

**Barrera geográfica:** cuando el acceso al recurso se encuentra obstaculizado por distancias no razonables.  
**Barrera económica:** cuando el acceso al recurso implica una suma no asequible para la persona.

**Barrera burocrática, administrativa y organizativa:** cuando el acceso al recurso se encuentra impedido o demorado por cuestiones de orden organizacional del recurso.

**Barrera sociocultural:** cuando las personas no buscan el recurso o ven restringido su acceso por factores de orden cultural tales como malos tratos, estigmatización y discriminación.

**Barrera comunicativa/informativa:** cuando el acceso se halla impedido por falta de información, suministro de información confusa, compleja o en formatos no accesibles.

Según la percepción del tipo de barreras por actor, el estudio permitió detectar que la principal barrera percibida por los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental es de tipo material, tanto en sala (39,71%) como en guardia (34,53%); en segundo lugar, la de tipo sociocultural en ambos dispositivos mencionados (23,92% y 25,18%

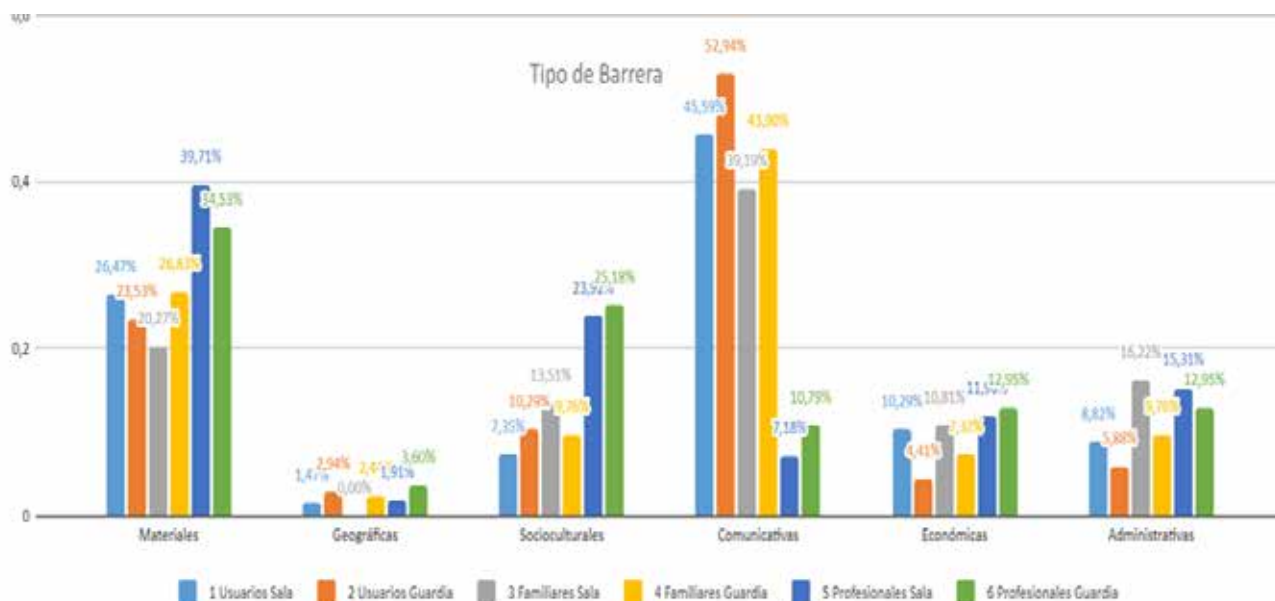
respectivamente); en tercer lugar, y en ambos dispositivos, se identifican barreras de tipo administrativas (15,31% en el dispositivo de sala y 12,95% en guardia); en cuarto lugar, las barreras de tipo económicas (11,96% y 12,95%); en quinto lugar, las barreras de tipo comunicativas (7,18% y 10,7%); finalmente las barreras de tipo geográficas (1,9% y 3,6%).

Por su parte, entre las principales barreras percibidas por usuarios/as, el estudio permitió identificar que primero es la barrera de tipo comunicativa, tanto en sala (45,59%) y guardia (52,94%); en segundo lugar, las barreras de tipo material en los dos dispositivos mencionados (26,47% y 23,53%, respectivamente). Comenzando luego a no coincidir el tipo de barreras por dispositivos, siendo en tercer lugar las barreras de tipo económicas en usuarios de sala (10,29%), mientras que usuarios de guardia perciben barreras de tipo socioculturales (10,29%). En cuarto lugar y en ambos dispositivos los usuarios perciben barreras de tipo administrativas (8,2% y 5,8%). En quinto lugar, los usuarios de sala perciben barreras socioculturales (7,35%) mientras que los usuarios de guardia perciben barreras de tipo económicas (4,41%). Finalmente, los usuarios de ambos dispositivos perciben barreras de tipo geográficas (1,47% y 2,94%)

Respecto a la percepción del tipo de barreras según la red familiar/ red de apoyo del dispositivo de sala se perciben como principales barreras las de tipo comunicativa (39,19%), en segundo lugar, las barreras de tipo materiales (20,17%). En tercer lugar, se posicionan las barreras de tipo administrativas (16,22%), en cuarto lugar, las barreras de tipo socioculturales (13,51%) en quinto lugar, las barreras de tipo económicas (10,81%) y finalmente las barreras de tipo geográficas (2,44%)

En el dispositivo de guardia se perciben como principales barreras las de tipo comunicativa (43,90%), en segundo lugar, las barreras de tipo materiales (26,83%) En tercer lugar, se posicionan las

barreras de tipo administrativas y socioculturales (9,76%), en quinto lugar, las barreras de tipo económicas (7,32%) y finalmente las barreras de tipo geográficas (1,91%).



**Figura 2.** Distribución de tipo de barreras por actor  
**Fuente.** Elaboración propia.

En efecto, se halla coincidencia respecto a que una de las dos principales barreras percibidas por los tres actores, en ambos dispositivos, es la de tipo material. Por otro lado, se constata una diferencia respecto a las barreras comunicativas que constituyen la principal barrera para los usuarios y red familiar/red de apoyo, mientras que para los profesionales se ubica en el quinto lugar. Del mismo modo, las barreras de tipo sociocultural son percibidas como segunda barrera para los profesionales, mientras se ubican entre las dos principales para los demás actores. La última barrera percibida por todos los actores y en ambos dispositivos es la de tipo geográfica.

En un análisis realizado por dimensiones, se permite verificar en cuanto a cada categoría considerada, que en el:

➤➤ **Acceso a la salud:** las dimensiones más afectadas en la percepción de los usuarios y la red familiar/red de apoyo, son la obtención de turnos y la disponibilidad de las diferentes modalidades de tratamiento en la zona de residencia; mientras que para los profesionales son el contar con los medios y condiciones para asistir a los tratamientos y obtener la medicación. Para todos los actores la principal barrera es la de tipo material. Asimismo, se detectan, aunque en menor proporción, barreras administrativas,

socioculturales, económicas y geográficas.

*“Es muy difícil, te mandan de acá a allá, no conseguís nada, es muy escaso, yo probé de todo.” (Familiar Guardia)*

*“Muy difícil, no hay turnos, listas de espera extensas o trabas a la hora de cumplir con el perfil adecuado para cada dispositivo.” (Profesional Sala)*

*“Medicación, ir a correr, a caminar, plantar plantas si hay para plantar. Me animaría a vivir solo con ayuda de tanto en tanto.” (Usuario Sala, respuesta a tipo de tratamiento).*

Todos los actores coinciden en que el principal facilitador vinculado al acceso a la salud se encuentra en torno a la obtención de la medicación y el contar con los medios necesarios para asistir a los tratamientos.

➤➤ **Acceso a la vivienda:** las principales barreras detectadas por todos los actores son de tipo materiales vinculadas a no contar con vivienda y barreras socioculturales derivadas de no tener acceso a la misma para favorecer la externación, mientras que los principales facilitadores en los procesos de externación son contar con una vivienda y las condiciones de habitabilidad de esta.

*"Muchas veces se sostienen internaciones por cuestiones habitacionales, si bien se realizan informes para dar a conocer la situación por falta de red o lugar adecuados para continuar tratamiento finalizada la internación." (Profesional Sala)*

➤ **Acceso al trabajo:** los profesionales del equipo de salud mental de ambos dispositivos perciben la inclusión laboral de usuarios y el conocimiento de programas que promuevan la inclusión laboral, como el principal facilitador en los procesos de externación. Sin embargo, el ser usuario de los servicios de salud mental y poseer un CUD representan barreras socioculturales para el acceso al trabajo. Lo mismo perciben los usuarios y la red familiar/red de apoyo, aunque refieren, a diferencia de los profesionales, desconocimiento respecto a los programas de inclusión sociolaboral, lo que constituye barreras comunicativas.

*"La difusión de recursos de todas formas es escasa." (Profesional Guardia)*

*"Generalmente a las personas con algún tipo de problemas el sistema tiende a rechazarlos." (Red familiar/red de apoyo Guardia)*

➤ **Acceso a la seguridad social:** la percepción de usuarios y de la red familiar/red de apoyo en ambos dispositivos, demuestra la existencia de barreras comunicativas vinculadas al desconocimiento de programas de la seguridad social, y barreras administrativas vinculadas a las dificultades en la obtención de los beneficios. Por su parte los profesionales perciben principalmente barreras en el acceso en tiempo y forma a los beneficios, y en la capacidad de estos para cubrir necesidades básicas, siendo las principales barreras de tipo material, comunicativa y administrativa.

## Cs

### CONCLUSIONES

La mayoría de los profesionales, usuarios y la red familiar/red de apoyo de ambos dispositivos, perciben más barreras que facilitadores a la hora de externar en todas las categorías propuestas vinculadas a los cinco derechos considerados, a excepción de los usuarios del dispositivo de guardia, que perciben más facilitadores que barreras, probablemente por tratarse de procesos de externación más ágiles, con un promedio de estadía de entre tres y cuatro días, a diferencia del promedio del dispositivo de sala de internación que oscila entre treinta y sesenta días (14, 15).

Para los usuarios de guardia los facilitadores son percibidos en el acceso a la salud, la vivienda y el trabajo. Los profesionales perciben más barreras que facilitadores principalmente en el acceso a la salud y luego en la seguridad social, mientras que los facilitadores se centran en el acceso al trabajo. Por su parte, los usuarios y la red

*"No conozco mucho, solo la pensión que me dijeron acá, pero tengo que averiguar." (Usuario Guardia)*

*"Son escasos, burocráticos e insuficientes para los requerimientos y particularidades de cada uno. Demoran mucho. No cumplen con los requerimientos acordes a la necesidad de cada paciente." (Profesional Guardia)*

Al igual que en el derecho al acceso al trabajo, se observa alto grado de desconocimiento de los derechos y programas por parte de los usuarios y la red familiar/ red de apoyo, no así por parte de los profesionales, lo cual constituye un facilitador. Para los usuarios y la red familiar/ red de apoyo, los facilitadores se ubican en ser beneficiario y que el beneficio cubre las necesidades básicas.

➤ **Acceso a la justicia:** la perspectiva de los usuarios, de la red familiar/ red de apoyo y de los profesionales de ambos dispositivos, demuestra la existencia de barreras de tipo comunicativas y administrativas, principalmente en las dimensiones vinculadas al conocimiento de los derechos de los usuarios de salud mental y al conocimiento de los recursos judiciales relacionados con la atención de salud mental. El haber accedido a los recursos judiciales para favorecer la externación y la continuidad de cuidados es percibido en algunos casos como barrera y en otros como facilitador.

*"No, no tengo información de nada." (Usuario Guardia)*

*"No, algunos como el juzgado, que tiene un equipo tratante como el hospital, pero conozco muy poco." (Familiar Sala)*

familiar/ red de apoyo de ambos dispositivos perciben principalmente más barreras que facilitadores en el acceso a la justicia y la seguridad social. En efecto, los derechos más afectados por la existencia de barreras son el derecho a la salud, a la seguridad social y a la justicia.

En relación con lo dicho, puede determinarse que las barreras de tipo comunicativas constituyen las principales para los usuarios y familiares en los dos dispositivos considerados, mientras que este tipo de barrera ocupa el quinto lugar para los profesionales de ambos dispositivos. Esta diferencia quizás pueda explicarse por un sesgo de acceso a la información a favor de los profesionales dada su expertiz en el trabajo de campo, sin embargo, se genera una brecha de acceso a la información que revela las dificultades de los profesionales en proveer información o en facilitarla en formato accesible. En ese sentido, resulta imprescindible rescatar que el acceso a la

información es también un derecho avalado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (16) y en la Constitución Nacional de la República Argentina (17), que permite a las personas tomar decisiones en relación a la atención y el cuidado de su salud integral, incluyendo la mejora de la calidad de vida, por lo que resulta necesario asegurar que la información llegue a toda la población, en particular a aquellos sectores sociales más vulnerados.

En efecto, las barreras comunicativas/informativas son percibidas, por los usuarios y su red familiar/red de apoyo, de ambos dispositivos, especialmente en el desconocimiento acerca de los programas y beneficios de la seguridad social, de los programas y modalidades de inserción sociolaboral, y de los derechos de los usuarios de los dispositivos de salud mental y los recursos judiciales. La equiparación de esta situación podría incidir de manera positiva en los procesos de externación y continuidad de cuidados, y en “el hecho de que los sujetos son, en sí mismos, productores de accesibilidad” (18). No obstante resulta llamativo que, por un lado, los profesionales, en su mayoría los de sala, perciban como facilitadores el poseer conocimiento acerca de los programas y beneficios de la seguridad social y de la inserción sociolaboral, conocimiento que no se efectiviza en las prácticas o que resulta insuficiente como para facilitar los procesos de externación; y, por otro lado, que las barreras comunicativas evidenciadas por los profesionales de ambos dispositivos, sean justamente en el conocimiento de derechos y los recursos judiciales que permitan mejorar los procesos de externación. Esta situación invita a repensar la necesidad de capacitación permanente desde una perspectiva intersectorial y desde el enfoque de derechos, tal como lo prevé la LNSM en su artículo 33.

Por otro lado, las barreras administrativas son percibidas por los profesionales y por la red familiar/red de apoyo y en ambos dispositivos, como la tercera en frecuencia, mientras los usuarios en ambos dispositivos las perciben en cuarto lugar. Estas barreras se detectan principalmente en el acceso a la seguridad social, lo que da cuenta de la necesidad de efectuar los ajustes necesarios para facilitar el acceso a los beneficios de la seguridad social para promover procesos de externación y continuidad de cuidados más justos.

Las barreras de tipo materiales se posicionan como una de las principales barreras para los profesionales de

ambos dispositivos y la segunda barrera para los usuarios y familiares, también en ambos dispositivos. En los tres actores (profesionales, usuarios y familiares) estas son percibidas principalmente en el acceso a la salud, representada por las dificultades en la obtención de turnos y en la disponibilidad de recursos sanitarios tales como consultas ambulatorias y dispositivos intermedios en la zona de residencia para los usuarios y su red familiar/red de apoyo; y en la obtención de la medicación y en los medios para asistir a los tratamientos. Esta escasez o carencia ha sido evidenciada en estudios previos (2, 18-21), y representa una deuda histórica que se visibiliza mucho más desde la sanción de la LNSM. Los artículos 11 y 36 de dicha Ley establecen los deberes de los actores estatales implicados en la concreción de esta necesidad, que se constituye en prioritaria para impulsar el proceso de transformación en materia de salud mental y erradicación de la hospitalización como principal política de estado para el abordaje de las problemáticas de salud mental (2, 4).

En efecto, tanto los usuarios y familiares como los profesionales refieren como modalidad de tratamiento no solo la consulta ambulatoria por psiquiatría y psicología, sino también el abordaje a través de dispositivos de inclusión social, lo que evidencia la vacancia en esta materia. Por otra parte, el principal facilitador para todos los actores es la obtención de la medicación que, en la mayoría de los casos, se recibe a través del hospital, incluso en las modalidades ambulatorias. Las barreras materiales también se observan en el acceso a la vivienda, si bien en esta investigación no constituye el derecho con mayor porcentaje de vulneración, las problemáticas habitacionales que operan como barrera desde la percepción de todos los actores son el no contar con vivienda. Así mismo se observan barreras socioculturales como el impedimento de ingreso a la misma.

Las barreras de tipo sociocultural ocupan el segundo lugar de mayor frecuencia para los profesionales, mientras que se posicionan en el tercer lugar para los usuarios de guardia, en el cuarto para los familiares en ambos dispositivos, y en el quinto para los usuarios de sala. Las mismas se perciben especialmente en el acceso al trabajo por ser usuario de salud mental y/o tener certificado de discapacidad, y en el acceso a la vivienda, muchas veces limitada por la red familiar/red de apoyo o por los criterios de admisión a dispositivos habitacionales de la sociedad civil.

## Ds

### DISCUSIÓN

A partir de la existencia de una enormidad de barreras materiales vinculadas al acceso a la salud, se incita al armado y fortalecimiento de estrategias de atención primaria, redes de articulación intersectorial en clave de

cooperación, y de dispositivos intermedios con orientación a la inclusión comunitaria, capaces de abordar la multiplicidad de necesidades relacionadas a la salud mental y a garantizar el acceso efectivo de la población a

la atención y cuidado de la salud mental, tal como lo prevén los artículos 11, 36 y 41 de la LNSM (2). Estas necesidades continúan siendo postergadas y relegadas al ámbito hospitalario, cuando, por el contrario, la hospitalización debe ser considerada como recurso “excepcional” acorde al artículo de la LNSM, y los escasos dispositivos intermedios no son dotados de recursos tornándose insuficientes para dar respuesta a la demanda y evitar así fenómenos de internación, reinternación e internaciones prolongadas.

En ese sentido Silva et al. (22) hacen referencia a la noción de externación sustentable diferenciándose de la de egreso hospitalario o alta médica, ya que requiere “de manera imprescindible la evaluación de las condiciones socioeconómicas, materiales y subjetivas para la proyección de la vida extra hospitalaria de forma sustentable”.

La indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos implica poner en relación el derecho a la salud con otros derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. Del mismo modo, el derecho a la salud es indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Esta mirada es sostenida por los Organismos Internacionales de Derechos Humanos, y compartida a nivel nacional, tal como la LNSM la expresa en su artículo 3 cuando reconoce a la salud mental como un proceso multideterminado, “cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Por otro lado, se sugiere, en estudios futuros, indagar sobre los factores que inciden en el acceso a la información por parte de los usuarios y de su red familiar/red de apoyo, así como si la información, que se presume poseen los profesionales que integran los equipos de salud mental, es efectivamente aplicada en prácticas capaces de favorecer los procesos de externación.

Se recomienda que los trabajadores de la salud mental se capaciten de manera continua a través de jornadas de actualización, cursos de capacitación y formación de posgrado con perspectiva de derechos, especialmente en las temáticas surgidas a partir de esta investigación: conocimiento de beneficios de la seguridad social y estrategias para la facilitación del acceso, conocimiento sobre derechos de los usuarios de salud mental y recursos judiciales, conocimiento y facilitación del acceso a los programas sociolaborales.

Diseñar campañas y estrategias de concientización de alcance comunitario, para eliminar las barreras socioculturales que produce el estigma sobre los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial. En esa línea se insta a fortalecer el acceso de los usuarios de salud mental a oportunidades laborales, tales como las iniciativas del Ministerio de Trabajo de la Nación; y oportunidades de vivienda para personas con padecimiento psíquico en procesos de externación o en riesgo de situación de calle, que aún configuran una situación alarmante incluso en hospitales generales.

## Fn

### FINANCIAMIENTO

Proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a través del Programa de Becas Julieta Lanteri 2022, otorgado desde la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Dirección Provincial de la Escuela de Gobierno en Salud “Florencia Ferrara”.

**Las autoras y los autores no manifiestan conflictos de interés.**

#### Cómo citar este artículo:

Gutiérrez Y, España M, Maggio B, Schaikis F, Fontana A. Procesos de externación de dispositivos de guardia y sala de internación de salud mental en un Hospital Interzonal General de Agudos: análisis de experiencias múltiples desde una perspectiva de derechos. Período 1/11/2022 al 1/06/2023. Salud Publica [Internet]. 2025 Mar [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.



# RB

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Programa Buenos Aires Libre de Manicomios. Anexo Resolución 2805/2020 [en línea]. La Plata: Ministerio de Salud; 2020. [citado 23 dic 2020]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/anexos/descargar/n0vllEBE.pdf>
2. Díaz JM, Martinelli A, Rodríguez VM, Sabin Paz M, Soberón Rebaza AS. Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales; 2015.
3. Ley Nacional de Salud Mental No 26.657. Sancionada: noviembre 25 de 2010. Promulgada: diciembre 2 de 2010. Boletín oficial de la República Argentina.
4. Yoma SM, Herranz SM. Expulsión institucional y situación de calle en salud mental: una discusión para repensar la externación. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. 2020;5(1):6-21.
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027. La Plata; Ministerio de Salud, 2022.
6. Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de accesos para fortalecer la atención primaria de la salud [en línea]. Washington DC: OPS; 2023 [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/analizar-superar-barreras-acceso-para-fortalecer-atencion-primaria-salud-sintesis>
7. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:100. Disponible en: doi: 10.26633/RPSP.2020.100.
8. CELS. Derechos humanos en la Argentina - Informe 2012. Buenos Aires: Siglo XXI; 2012.
9. Comes Y, Solitario G, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vazquez A, Sotelo R, Stolkner A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y los servicios. Anuario de Investigaciones. 2006; 14:201-9.
10. Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. México: MCGRAW-HILL; 2000.
11. Manterola C. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev Med Clin Las Condes. 2018;30(1):36-49.
12. Olabuenaga R. El diseño cualitativo. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
13. Cáceres. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Rev Esc Psicol. 2003; 2:53-82.
14. Gutiérrez Y, Raso A. Perfil clínico epidemiológico de pacientes internados en la sala de agudos de psiquiatría. En: X Jornadas de residentes de psicología y psiquiatría de la Región sanitaria VI.
15. Gutiérrez Y, Raso A. Programa de seguimiento de pacientes psicóticos externados del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A Evita Lanús. Resultados provisorios. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2011;11.
16. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948, 217 A (III).
17. Argentina. Asamblea Legislativa. Constitución de la Nación Argentina. Ley N° 24.430 [en línea]. Buenos Aires; 1994. [acceso jul 2023]. Disponible en: [constitucion\\_de\\_la\\_nacion\\_argentina.pdf](#)
18. Dinamarca M, Ribeiro A. Internar/externar. ¿En qué condiciones? Escollos en la práctica y reflexiones posibles. En: I Congreso de Salud Mental y Adicciones; 2022.
19. Leale H, Pekaren A, Joskowics A, Lohihorry. Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un Hospital Monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones. 2013; 20:251-8.
20. Spadea A. ¿Y ahora qué hago de mi vida? Los procesos de externación y la problemática habitacional. Rev Debate Público. 2019;9(18):182-9.
21. Tisera A, Bavio B, Lenta M. El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión? En: Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2009:195-7.
22. Silva C, de Pena L, Batalla M, Pedra M. La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. Fronteras. 2019; 13:83-97.