

# La internación por motivos de salud mental en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención de un servicio de salud mental con internación desde la perspectiva de distintos actores involucrados

**BERTAGNI, José Javier.**

Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Doctorando en Trabajo Social (Universidad Nacional de Rosario). Docente e investigador de la Universidad Nacional de Rosario. Miembro del Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social (CleCITS). Trabajador Social del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” (Rosario, Santa Fe).

Contacto: [josebertagni@gmail.com](mailto:josebertagni@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6266-8821>

Recibido: 29/11/24; Aceptado: 17/04/25

**Cómo citar:** Bertagni, J. J. (2025). La internación por motivos de salud mental en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención de un servicio de salud mental con internación desde la perspectiva de distintos actores involucrados. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 67-92

## Resumen

Este artículo comunica los resultados de una investigación que tuvo por objetivo evaluar la calidad de atención de un servicio de salud mental con internación en un hospital general de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe (Argentina), desde la perspectiva de distintos actores involucrados: responsables y profesionales del servicio, y personas usuarias. Para ello, se han definido dos categorías: orientación comunitaria y respeto y salvaguarda de los derechos. Además, se realizó la caracterización de la estructura del servicio.

El diseño del estudio ha sido cualitativo, descriptivo, enmarcado en la investigación evaluativa. Las técnicas empleadas incluyeron entrevistas a la responsable del servicio, a cuatro profesionales del equipo interdisciplinario (una médica generalista, una psicóloga, una

psiquiatra y una trabajadora social) y a seis personas usuarias. También, se llevó a cabo observación participante y análisis documental de informes y datos otorgado por el efector.

Los resultados mostraron que la calidad de la atención del servicio tenía dificultades para garantizar una atención en determinadas situaciones de salud mental, debido a las características estructurales y edilicias. La orientación comunitaria se encontraba limitada por la falta de propuestas alternativas asistenciales a la internación, como dispositivos intermedios u opciones residenciales, salvo en casos vinculados a problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas. En relación con la garantía de los derechos, los actores señalaron la ausencia de implementación de procedimientos normativos vigentes, como el consentimiento informado y las decisiones anticipadas.

**Palabras claves:** salud mental comunitaria – evaluación de servicios de salud – internación por motivos de salud mental

**Mental Health Hospitalization in General Hospitals: An Evaluation of the Quality of Care in an Inpatient Mental Health Service from the Perspective of Multiple Stakeholders**

## Abstract

This article presents the results of a study aimed at evaluating the quality of care provided by a mental health inpatient service in a general hospital in the city of Rosario, Province of Santa Fe (Argentina), from the perspective of various stakeholders: service managers, healthcare professionals, and service users. Two analytical categories were defined for this purpose: community orientation and respect for and safeguarding of rights. Additionally, the structure of the service was characterized.

The study employed a qualitative, descriptive design, framed within evaluative research. The methods included interviews with the service manager, four professionals from the interdisciplinary team (a general practitioner, a psychologist, a psychiatrist, and a social worker), and six service users. Participant observation and documentary analysis of reports and data provided by the institution were also conducted.

The results showed that the quality of care faced challenges in ensuring appropriate attention in certain mental health situations, due to structural and infrastructural limitations. The community orientation of care was constrained by the lack of alternative care

options to hospitalization, such as intermediate or residential facilities, except in cases related to substance use disorders. Regarding the guarantee of rights, the actors pointed to the absence of implementation of current regulatory procedures, such as informed consent and advance directives.

**Keywords:** community mental health – health service evaluation – mental health hospitalization

### **1. La implementación de internaciones por salud mental en hospitales generales y las evaluaciones de los servicios**

En el año 1938 se registró un primer antecedente de internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales, con la inauguración del "Servicio de Neurología y Psicopatología" en el Hospital General Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho servicio propuso la incorporación de camas destinadas a pacientes psiquiátricos en hospitales generales (Visacovsky, 2001).

Posteriormente, Ramón Carrillo, como Ministro de Salud de la Nación, durante el período 1946-1954, pretendía que los manicomios se transformaran en hospitales y planteaba que no era incompatible la atención por problemáticas de salud mental con la atención que

se proporcionaba en hospitales generales. Desde el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en el año 1957, se planteó la idea de instalar servicios psiquiátricos en hospitales generales como una de las propuestas para superar la psiquiatría asilar.

Con el retorno de la democracia, el Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli, planteó como estrategia general la integración de las políticas en salud mental con las políticas generales de salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Salud Mental (Chiarvetti, 2008).

Entre 1983 y 1991, en la Provincia de Río Negro, se desarrolló un proceso de desmanicomialización cuyo eje central ha sido que las internaciones por motivos de salud mental se realicen en hospitales generales. Esta transformación permitió avanzar en el cierre del efecto monovalente y en la consolidación de un modelo de atención centrado en la comunidad y articulado con la red de salud. Cohen y Natella (2013) señalaron los aspectos positivos de la experiencia: hubo una disminución del tiempo promedio de estadía, de la frecuencia de las recaídas y mejor evolución. Las personas se recuperaban de su cuadro de salud y se creaban nuevos lazos afectivos y sociales. Además, facilitaba el sostenimiento de sus ocupaciones, favorecía el acompañamiento fa-

miliar y había una disminución del estigma. Otro aspecto positivo es que incluía a las personas usuarias en la red de salud y permitía una adecuada atención de la comorbilidad, sumado a que las personas preferían ser atendidas en los hospitales generales. En cuanto a los aspectos negativos, había una limitación para que las personas deambulen debido a que no estaban previstos de espacios para circular y no contemplaban la ingesta de alimentos en comedores u otros lugares que no sean la cama. Había dificultades para abordar los síntomas de crisis por lo disruptivo que resultaban ante el silencio esperable en un hospital y había una constatación de que en el hospital general también se reproducían prácticas manicomiales.

Estudios que se han realizado sobre la implementación de internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales coinciden en la necesidad de modificaciones y ampliaciones de las condiciones edilicias (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Bertagni et al., 2019; Baravalle, 2022), así como en la conformación de servicios compuesto por equipos interdisciplinarios (Fernández, 2017; Faraone et al., 2012).

Además, advierten que la duración de las internaciones tienden a prolongarse debido a la ausencia de alternativas asistenciales residenciales o dispositivos sustitutivos, así como a las dificultades en la implementación de políticas intersectoriales (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Fernández, 2017; Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Ardila-Gómez et al., 2021; Faraone et al., 2012).

Asimismo, se señala que parte del personal sanitario presenta resistencias a que las personas usuarias de salud mental transitén por diferentes sectores a lo largo del proceso de atención (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Bulla, 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019).

Los estudios también evidencian una escasa capacitación del personal, tanto relativos a los procesos de atención como a la garantía de los derechos de las personas usuarias (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Baravalle, 2022). Si bien los actores valoraban positivamente la LNSM y la propuesta de que las internaciones fueran en hospitales generales, también problematizaban su implementación (Bulla, 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Rodríguez Peña, 2022).

Por otro lado, se destaca que las internaciones en hospitales generales suelen ser más breves que en los efectores monovalentes (Belizan, 2015; Ardila-Gómez et al., 2021), presentan una mejor articulación con la red de atención primaria de salud (Belizan, 2015) y favorecen los vínculos con los familiares y con la comunidad (Belizan, 2015; Ardila-Gómez et al., 2021; Rodríguez Peña, 2022).

No obstante, algunos estudios evidencian conflictos en la convivencia entre personas internadas por motivos de salud mental con aquellas con patologías orgánicas (Velzi-Díaz et al., 2018; 2019). Además, se señala que la implementación de salas específicas para salud mental podría reforzar prácticas propias de la lógica manicomial (Ceriani, 2014).

Persisten, asimismo, resistencias en el abordaje de situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias, así como prácticas que reproducen lógicas manicomiales en la atención (Bulla, 2017). Finalmente, se advierte que muchas personas usuarias desconocen sus derechos, reciben escasa información sobre el tratamiento y no cuentan con herramientas adecuadas para el ejercicio de sus derechos (Bertagni et al., 2019; Ardila-Gómez et al., 2021).

## 2. Planteamiento del problema y objetivo de investigación

El marco normativo vigente propone un cambio integral en los modelos de atención promoviendo prácticas centradas en la inclusión social y los derechos humanos.

Como sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM), la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 y sus decretos reglamentarios, uno de los objetivos principales para la transformación del modelo de atención es que las internaciones se realicen en hospitales generales como sustitutivos a los hospitales monovalentes.

A lo largo de las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) y tratados internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (1990, 2010) sostienen la necesidad de que las políticas de la salud mental se implementen en la red de salud y que los hospitales generales se adecuen para garantizar la atención. A su vez, el Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la nación, 2021) y el Plan Provincial de Salud Mental (Gobierno de Santa fe, 2021) instan a crear servicios de salud mental en hospitales generales.

El marco normativo promueve, para la transformación del modelo de atención, la articulación de dos ejes centrales: el respeto y la salvaguarda de los derechos de las personas usuarias y la orientación de la atención hacia la inclusión social, con una perspectiva comunitaria de intervención. Esta estrategia busca evitar las consecuencias segregativas, iatrogénicas y discriminatorias propias del modelo asilar.

La modalidad en que se realizan las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales requiere especial atención, ya que involucra la garantía de derechos de las personas usuarias en momentos críticos de su proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. Estas prácticas, si no se transforman, pueden obstaculizar la transición de un modelo asilar-manicomial hacia otro basado en la comunidad. Esta investigación surge del estudio multicéntrico de las Becas Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis”, de la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, dirigido por la Dra. Sara Ardila Gómez, titulado “Evaluación de la calidad de la atención en servicios de salud mental con internación psiquiátrica en hospitales generales: estudio en cuatro provincias argentinas”, llevado a cabo desde junio de 2017 hasta mayo de 2018 en cuatro provincias: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe.

A partir de esta investigación se realizó un análisis exhaustivo de los datos obtenidos en el trabajo de campo de la evaluación de un servicio específico, en el marco de la realización de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria, de la Universidad Nacional de Lanús, dirigida por la Dra. Marina Fernández, defendida en junio del 2024, titulada: “La evaluación de servicios de salud mental con internación en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención desde la perspectiva de distintos actores involucrados, en la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018” (Bertagni, 2024).

Esta publicación expone parte de los resultados de esta tesis y tiene por objetivo desarrollar la caracterización de la estructura del servicio, la evaluación de la orientación comunitaria y el respeto y la salvaguarda de los derechos, a partir de las perspectivas de la responsable del servicio, de los profesionales de la salud y de las personas usuarias.

Posteriormente, se efectuó un análisis comparativo del proceso de atención —considerando tanto la orientación comunitaria como la salvaguarda de los derechos— desde las miradas de estos tres grupos de actores en el servicio de salud mental con internación de un hospital general de la ciudad de Rosario.

### 3. Marco conceptual: la evaluación de los servicios para la transformación

El campo de la salud mental, entendido en términos de Bourdieu (1990), está atravesado por múltiples factores históricos, socioeconómicos, culturales y políticos. Este campo se configura como un modelo alternativo al paradigma asilar-manicomial (Galende, 1994; 2015), aunque puede concebirse como un subcampo dentro del campo más amplio de la salud. Su éxito, paradójicamente, implicaría su propia desaparición, en la medida en que las prácticas sociales de salud logren incorporar plenamente la dimensión subjetiva de la salud (Ardila-Gómez y Stokiner, 2012).

En América Latina y en Argentina, este campo ha recibido múltiples influencias de los movimientos de la Salud Pública, la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, consolidando reformas orientadas a la salud como derecho social, con un enfoque comunitario, intersectorial, respetuoso de los derechos humanos, y centrado en la promoción y la prevención, cuestionando la hegemonía médica (Stokiner y Ardila-Gómez, 2012).

Las rupturas epistemológicas promovidas desde las ciencias sociales han abierto paso a diversas vertientes

teóricas sustentadas en la perspectiva de la complejidad (Rodríguez Zoya, 2017), lo cual ha favorecido la consolidación de modelos asistenciales con orientación interdisciplinaria e intersectorial.

La evaluación de servicios busca emitir juicios valorativos y formular recomendaciones para futuras decisiones (Niremberg, et al., 2000; Patton, en Vieira da Silva, 2005), presenta un carácter formativo y de aprendizaje (Aparicio, 1993). Pero la evaluación de un servicio no puede ser descontextualizada (Donabedian, en Aparicio, 1993); se debe evaluar el sistema de salud mental como un todo y no solamente en el plano de las intervenciones y servicios (Ardila Gómez y Stokiner, 2009).

La evaluación debe recuperar la dimensión subjetiva del proceso por medio de la incorporación de los diversos actores para ampliar los aspectos a los que cada uno da prioridad, a fin de democratizarla (Medina et al., 2005). Este involucramiento se sostiene en que los actores tienen necesidades e intereses diferentes y en que es necesario recuperar esta pluralidad. Esta inclusión puede asimismo operar como un factor clínico, en tanto “se materializa un acto ético de reconocimiento y ejercicio de los derechos ciudadanos” (Ardila Gómez, 2011, p. 54).

#### 4. Metodología

Fue una investigación evaluativa y descriptiva (Hernández Sampieri et al., 2004) y adoptó el enfoque relacional propuesto por Menéndez (1994). Para el análisis de los datos se aplicó un proceso de generalización teórica a partir de los resultados construidos durante el trabajo de campo, siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1969). La validación de los resultados se realizó mediante una devolución a los profesionales y a la responsable del servicio (Hernández Sampieri et al., 2004). La estrategia para la selección de la muestra fue intencional por criterios, y se aplicó con la finalidad de seleccionar casos ricos en información (Patton, 1990).

Las categorías de análisis centrales han sido:

- A. Calidad. Refiere a “medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia” (OMS, 2003, p. 2).
- B. Orientación comunitaria de la atención. Forma de atención que propende la permanencia del usuario en su medio comunitario, dentro de sus redes sociales, y que promue-

ve su inclusión plena en el medio en el que vive. La atención debe realizarse de forma descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (OPS, 1990). Las subcategorías utilizadas, que se desprenden de la LNSM y su Decreto Reglamentario, son: acceso a otras alternativas de atención; trabajo en red con primer nivel de atención; atención interdisciplinaria; intersectorialidad, y abordaje familiar y vincular (LNSM, art. 14; Decreto Reglamentario LNSM, art. 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 30).

- C. Respeto y salvaguarda de los derechos. Refiere a la protección y el cumplimiento de los derechos consagrados en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (ONU, 1991), en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) y en la LNSM. Las subcategorías utilizadas, que se desprenden de la LNSM y su Decreto Reglamentario son: derecho a la información acerca del diagnóstico y el tratamiento; derecho a la toma de decisiones; derecho al consentimiento informado; derecho a la privacidad;

conservación de los vínculos durante toda la internación; no discriminación en el proceso de atención, y la implementación de decisiones anticipadas (LNSM, art. 7, 14 y 28; Decreto Reglamentario LNSM, art. 7, 10 y 14).

La investigación se realizó en un servicio de salud mental con internaciones de un hospital general de la ciudad de Rosario, considerado pionero en este tipo de atenciones, tanto por su trayectoria cronológica como por la disposición de recursos profesionales especializados y la implementación de reformas edilicias.

Se entrevistó a la responsable del servicio de la guardia donde se encuentra integrado el equipo de salud mental, quien era médica clínica, así como a los profesionales del servicio: a una médica clínica de guardia, una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social. El criterio de selección ha sido por antigüedad y mayor tiempo de dedicación en el servicio.

También se entrevistó a seis personas usuarias que se encontraban internadas por motivos de salud mental en el efector: tres varones y tres mujeres mayores de edad. Al momento que se realizaron las entrevistas, tres se encontraban cursando su internación en la guardia y

las otras tres en las salas. La selección se realizó a partir de la evaluación y ofrecimiento previo por parte del equipo tratante, respetando la condición clínica de cada persona usuaria. Posteriormente, tras la presentación de la investigación y la firma del consentimiento informado, se concretaron las entrevistas, que se efectuaron aproximadamente una semana después del ingreso. La selección de participantes se llevó a cabo por orden de ingreso hasta completar un total de seis entrevistas.

La documentación utilizada para la caracterización del servicio fue provista por el efector. Incluía datos detallados de las internaciones realizadas en el período comprendido entre julio de 2016 y junio de 2017, con discriminación de diagnósticos, motivos de internación y duración de las mismas. Además, se dispuso de un documento interno de planificación del hospital general: "Organigrama de Funcionamiento Interno, HPR, 2013-2014".

Las técnicas implementadas en el trabajo de campo fueron la observación participante, el análisis documental, entrevistas estructuradas para las personas usuarias y semiestructuradas para la responsable y los profesionales del servicio. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del hospital seleccionado y todos los participantes han brindado su consentimiento de forma escrita.

Se utilizó para la construcción de los instrumentos la guía “Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Módulo E. Servicios de Internamiento Psiquiátrico” (OMS, 1994) y el “Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS” (OMS, 2012). Para las entrevistas a las personas usuarias también se usó como insumo el instrumento “Idea Project” (Sartorius y Thornicroft, 2012). Para la caracterización del servicio se construyó una guía que fue diseñada sobre la base de los documentos “Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental” (1997), “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental - OMS” (2005) y “Lineamientos para la Atención en Urgencias” (MSAL, 2013b).

El tipo de análisis de la información fue mixto. Se aplicó análisis cuantitativo a los datos referidos al número de internaciones y su durabilidad en el hospital general seleccionado, entre julio de 2016 y junio 2017, así como a los relativos a diagnósticos y diferenciación por género.

Durante los años 2022 y 2023 se analizaron los datos obtenidos del trabajo de campo desarrollado durante el período 2017-2018. Se procedió a una nueva lectura integral de las entrevistas que permitió redefinir las categorías de análisis y establecer subcategorías referenciadas en los artículos de la LNSM. A partir de

esta redefinición se inició un proceso de organización de los datos por subcategoría y por actor. El proceso de codificación generó una matriz que permitió distinguir los elementos centrales y agrupar aquellos redundantes. Asimismo, se codificaron elementos emergentes que no estaban previstos inicialmente en los instrumentos de recolección de información, pero que fueron incorporados para su inclusión en la discusión.

## 5. Resultados

### 5.1. Resultados I: caracterización del servicio

La red de salud pública de la ciudad de Rosario contaba con 55 Centro de Atención Primaria municipales y 36 de administración provincial, siete hospitales generales (cinco municipales y dos provinciales), un efector monovalente público y ocho privados. En total disponía de 815 camas en hospitales generales y 66 en el hospital monovalente. En el primer semestre del 2017 se habían realizado 150 consultas en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros “Dr. A. I. Freyre”, con 101 internaciones, de las cuales 50 corresponden a personas de la ciudad de Rosario (Almeida et al., 2017). Este efector, de dependencia provincial, se encuentra a 60 km de la ciudad de Rosario y recibía derivaciones cuando no había disponibilidad de camas en la red local.

El hospital general seleccionado se ubica en la zona centro de la ciudad de Rosario, con una población georeferenciada de 386.000 personas, 17 Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) y 47 Centro de Atención Médica para la Comunidad (SAMCo). Atendía anualmente a 182.000 personas, contaba con 169 camas totales, de las cuales 10 eran de guardia, incluyendo 2 dedicadas a salud mental.

El servicio de salud mental de la guardia estaba conformado por un responsable del servicio, tres psiquiatras, seis psicólogos y cuatro trabajadores sociales, organizados en cinco equipos. La atención se brindaba los días hábiles de 8 a 14 hs., fuera de ese horario, las consultas eran tomadas por el Equipo Soporte de Urgencias en Salud Mental, que cubría las guardias de todos los hospitales generales de la ciudad.

Entre julio 2016 y junio 2017 se realizaron 112 internaciones y 4 reinternaciones. El 80% de las personas pertenecían a la franja etaria de 18-64 años, y el 18% tenía entre 14 a 18 años. Los principales motivos de internación fueron en un 50% trastorno mental y en un 47%, abuso de sustancias. La estadía promedio fue de 7 días. En cuanto a la estructura edilicia, el servicio carecía de consultorios y espacios comunes. Los actores señalaron diferencias en las condiciones de atención

entre el sector de la guardia y las salas de internación, lo cual se refleja en la Tabla 1, diferenciada por actor y por sector.

## 5.2. Resultados II: Orientación Comunitaria

a. Acceso a otras alternativas de atención: la responsable y los profesionales del servicio señalaban las dificultades para encontrar alternativas asistenciales a la internación, lo cual era un motivo por lo cual se prolongaba su duración. También, identificaron obstáculos para el abordaje con personas menores de 18 años debido a la ausencia de dispositivos específicos para este grupo. Si bien reconocían que existían más propuestas para el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, advertían que los tiempos de articulación para el ingreso a dichos recursos solían ser prolongados. Asimismo, agregaron que siempre están pensando sumar otras propuestas asistenciales en el marco de la internación y al momento de la externalización.

Tabla 1. Comparación por actor entre la internación en el sector de la guardia y la sala general

Actores	Sector guardia	Sala general
<b>Responsable del servicio</b>	Dos camas en un sector de la guardia, una en cada box, favorecía a una mayor privacidad.	Camas compartidas con pacientes internados por otras causales de salud. Se puede disponer de habitaciones exclusivas para las personas usuarias de salud mental, según criterio clínico. Escasa disponibilidad de camas.
<b>Profesionales</b>	Dos camas dedicadas son insuficientes. Se extiende la internación en el sector por resistencias en las salas generales.	Resistencias a la recepción de las personas usuarias internados por motivos de salud mental y con antecedentes de intento de suicidio.
<b>Las personas usuarias</b>	Falta de privacidad e intimidad, ruidos molestos y conflictos por compartir espacios con pacientes con patologías orgánicas. No están cómodos y no tienen donde guardar sus pertenencias. Valoran encontrarse solos. La habitación propia favorece la recepción de la visita familiar. Tienen que cruzar la sala de patologías orgánicas para acceder al baño.	Tienen donde guardar sus pertenencias. Comparten habitaciones de tres camas con pacientes con patologías orgánicas. Encuentran en el baño un lugar de privacidad. Señalaban que la habitación era cómoda, tenía ventanas y era más luminosa. Contaban con baños y televisor en la habitación. Tenían miedo de contagiarse de patologías infecto contagiosas.

Fuente: Bertagni, 2025.

b. Trabajo en red con primer nivel de atención: la responsable del servicio y los profesionales señalaron que incorporaban a los centros de salud en la evaluación y en la definición de la estrategia de externación desde el primer contacto con la situación. Coincidían los tres actores que el centro de salud facilitaba el acompañamiento familiar y vincular en el proceso de atención.

c. Atención interdisciplinaria: la responsable del servicio y los profesionales destacaron la importancia de que la atención se realice de forma interdisciplinaria. Coincidían en que, en la práctica, a veces, la especificidad se borraba, aunque intentaban diferenciar las prácticas disciplinarias. Planteaban que el equipo participaba de todo el proceso de atención, que las decisiones eran en conjunto y que se fomentaba la horizontalidad en las relaciones entre los profesionales. Las personas usuarias se referían a sus profesionales tratantes como un equipo, pero se observaba que podían diferenciar la función de cada profesional.

d. Intersectorialidad: la responsable del servicio y los profesionales identificaron dificultades para articular con otros organismos estatales y en dar respuestas a problemáticas habitacionales. Los profesionales remarcaban la importancia de incorporar en el proceso de

atención el deseo de las personas usuarias, en relación con sus búsquedas ocupacionales, laborales, recreativas y educativas. Las personas usuarias refirieron que, en el marco de la atención, les permitían sostener sus ocupaciones y que los ayudan a buscar trabajo o continuar sus estudios.

e. Abordaje familiar y vincular: los tres actores plantearon que los familiares participaban de todo el proceso de atención. La responsable del servicio y los profesionales manifestaron la necesidad de trabajar la revinculación y las resistencias que se presentaban para la externación. Tanto los profesionales como las personas usuarias señalaron la importancia de favorecer los encuentros en el marco de las visitas y permitir que ingresen menores de edad para conservar el vínculo con los hijos. También, resaltaron la posibilidad de tener salidas con los familiares o referentes afectivos y que estos podían acompañar como cuidadores durante la internación.

*Comparación de resultados por actor y por subcategoría.* Como se refleja en la tabla 2, el nivel de calidad alcanzado por sub categoría es parcial. Se observó una coincidencia general respecto de las dificultades para constituir alternativas asistenciales a la internación. No obstante, valoraban positivamente la atención

brindada con el primer nivel de atención y el abordaje interdisciplinario. En cuanto a la intersectorialidad, la responsable del servicio resaltaba dificultades en los procesos que requerían articular con otros sectores estatales, mientras que las respuestas de los profesionales eran más heterogéneas. Todos los actores coincidieron en que la internación favorecía la vinculación familiar y social, siendo uno de los aspectos mejor valorados por los actores involucrados.

### 5.3. Resultados III: respeto y salvaguarda de los derechos

a. Derecho a la información acerca del diagnóstico y tratamiento: todos los actores entrevistados manifestaron que no se brindaba la información por escrito. Las personas usuarias señalaban que era escasa la información que se les otorgaba y que, según la situación, se contactaba a algún referente familiar. La médica clínica de guardia planteaba que lo relativo al tratamiento de salud mental no lo comunicaba ella sino el equipo de

Tabla 2. Comparación de resultados por actor y subcategoría

Orientación comunitaria	Responsable del servicio	Profesionales de la salud	Usuarios
1. Acceso a otras alternativas de atención	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
2. Trabajo en red con primer nivel de atención	Alcanzado	Alcanzado	No indagado
3. Atención interdisciplinaria	Alcanzado	Alcanzado	Parcialmente alcanzado
4. Intersectorialidad	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
5. Abordaje familiar y vincular	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado

Fuente: Bertagni, 2024.

salud mental. Las personas usuarias y los profesionales plantearon que la familia o los referentes afectivos participaban activamente en el proceso de atención.

*b.* Derecho a la toma de decisiones: la responsable del servicio y los profesionales plantearon que la toma de decisiones estaba sujeta al estado clínico de la persona usuaria y que, principalmente, esta tarea la implementaba la psiquiatra y la psicóloga. Las personas usuarias también ubicaban a estos profesionales como referentes en el proceso de atención. Los profesionales plantearon que siempre buscaban lograr acuerdos con las personas usuarias, quienes lo han ratificado.

*c.* Derecho al consentimiento informado: todos los actores plantearon que no se realizaba consentimiento informado de forma escrita, sino, en algunas situaciones, de forma oral. Señalaban que convocaban ocasionalmente a los abogados del hospital para la implementación de acuerdos terapéuticos.

*d.* Conservación de los vínculos durante toda la internación: los tres actores coincidieron en que la familia participaba activamente en el proceso de atención, a través de visitas, salidas terapéuticas e, incluso, asumiendo tareas de cuidado. Las personas usuarias valoraban que podían realizar llamadas telefónicas, conser-

var su teléfono personal y acceder al patio para recibir visitas. Además, destacaban que podían ingresar a las visitas menores de 18 años de edad. Las personas usuarias y los profesionales señalaron la importancia del centro de salud para favorecer estos procesos. La participación de familiares y referentes afectivos era considerada un factor que facilitaba la gestión de alternativas asistenciales.

*e.* La no discriminación en el proceso de atención: la responsable y los profesionales del servicio señalaron que no existían restricciones para la admisión y evaluaciones de personas por motivos de salud mental, salvo las que eran menos de 14 años de edad. No obstante, mencionaron que, en situaciones excepcionales -debido a la gravedad o características del cuadro clínico-, se consideraba necesaria la derivación a un efector monovalente. Indicaron que, por decisión de la gestión, existía la voluntad de admitir todas las situaciones de salud mental en el hospital general. Sin embargo, persistían resistencias por parte de algunos integrantes del personal de salud dentro del propio hospital. Estas resistencias a la admisión en las salas de internación generaba como consecuencia la prolongación de las estadías en el sector de guardia.

f. La implementación de las decisiones anticipadas: todos los actores manifestaron desconocer el instrumento, pero valoraban su utilidad y que estarían de acuerdo con que se aplique.

*Comparación de resultados por actor y por subcategoría.* La calidad percibida por los tres actores coincidieron tanto en los elementos que valoraron positivamente como en aquellas que requerían mejoras. Esta convergencia de perspectivas se refleja en los resultados sistematizados en la Tabla 3, en la que se grafican por actores y subcategorías de análisis.

Se destaca que el único objetivo efectivamente alcanzado fue la conservación de los vínculos afectivos y familiares, en correspondencia con los hallazgos obtenidos en la categoría de análisis “orientación comunitaria”.

Por el contrario, las subcategorías vinculadas a la garantía de derechos presentaron mayores deficiencias. Los tres actores señalaron la persistencia de situaciones de discriminación por algunos integrantes del personal sanitario y la ausencia de implementación de instrumentos jurídicos destinados a garantizar los derechos de las personas usuarias durante el proceso de atención.

## 6. Discusión

*Caracterización del contexto del servicio de salud mental.* Tanto en América Latina como en el ámbito nacional y local persiste un modelo mixto para la implementación de internaciones por motivos de salud mental. Las internaciones en hospitales generales tienden a ser menos prolongadas en comparación con las realizadas en hospitales monovalentes (MSAL, 2019), lo que plantea el interrogante acerca de cómo se abordan las situaciones en las que los apoyos sociales son insuficientes o hay limitaciones para el acceso a derechos sociales que permitan externaciones sustentables.

La provincia de Santa Fe cuenta con una larga trayectoria en la formulación de políticas sociales en salud mental. Sin embargo, su red asistencial aún dependía parcialmente de la atención brindada por hospitales monovalentes y los dispositivos alternativos y las internaciones en hospitales generales no alcanzaban a dar respuestas a las demandas de la población que requerían internación.

*Caracterización de la estructura del servicio.* Una de las principales limitaciones señaladas eran las condiciones edilicias del servicio, aspecto que también ha sido observado de forma recurrente en los resultados de otras

Tabla 3. Comparación de resultados por actor y por subcategoría

Respeto y salvaguarda de derechos	Responsable del servicio	Profesionales de la salud	Personas usuarias
1. Derecho a la información acerca del diagnóstico y tratamiento	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
2. Derecho a la toma de decisiones	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
3. Derecho al consentimiento informado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado
4. Derecho a la privacidad	Sin datos	Sin datos	Parcialmente alcanzado
5. Conservación de los vínculos durante toda la internación	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
6. La no discriminación en el proceso de atención	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
7. Implementación de las decisiones anticipadas	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado

Fuente: Bertagni, 2024.

investigaciones (Bulla, 2017; Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Baravalle, 2022; Rodríguez Peña, 2022; Bertagni et al., 2019; Pomares, 2020; Fernández, 2017; Almeida et al., 2017).

Si bien se trataba de un servicio único dentro de la red porque disponía de camas dedicadas específicamente para salud mental, aún presentaba importantes limitaciones estructurales, como la ausencia de consultorios y de espacios que garantizaran privacidad para las entrevistas, así como la falta de ámbitos comunes o áreas de circulación. La organización espacial continuaba respondiendo al modelo de reposo del paciente internado. Esto abre un interrogante sobre cómo las prácticas en salud mental se ven condicionadas o incluso reducidas por las lógicas de otras especialidades médicas predominantes en el hospital general.

Además, se encontraron diferencias entre cursar la internación en el sector de la guardia de las salas de internación, como por ejemplo, en relación a la capacidad de recibir visitas, en el descanso, en la privacidad, en la capacidad para deambular por las instalaciones, como así también, en las estructuras de cuidado que cada sector disponía. Estas características del servicio coincidieron con otras investigaciones locales (Velzi Díaz et al.

2018; 2019) y podrían ser una limitante para la garantía de los cuidados que requieren las personas usuarias y, a veces, un motivo de resistencia de la atención por parte del personal sanitario.

Otro aspecto relacionado con la estructura era la falta de cartelería sobre la atención en salud mental. Se consultó a la responsable del servicio sobre si la población estaba informada de que el hospital disponía de un servicio de salud mental, y sobre su percepción respecto de si esta ausencia de señalización podría constituir una limitante para la promoción de la atención en salud mental en los hospitales generales.

Los profesionales manifestaron la ausencia de capacitaciones para el personal como una de las limitantes para la atención de las personas usuarias, como también para la protección de sus derechos, siendo otro aspecto de este estudio que coincide con otras investigaciones realizadas (Fernández, 2017; Velzi Díaz et al., 2018 y 2019; Rodríguez Peña, 2022; Baravalle, 2022; Almedia et al., 2017).

La capacitación es considerada primordial para avanzar hacia un cambio del modelo asistencial que, como han señalado Cohen y Natella, (2015), su ausencia ha sido uno de los principales obstáculos para realizar

la reforma de salud en la provincia de Río Negro. Hay estudios que señalaron que la convivencia entre pacientes con patologías orgánicas y las personas usuarias de salud mental podrían generar tensiones (Velzi Díaz et al., 2018; 2019), sin embargo, en esta investigación no se constataron conflictos explícitos, y las personas usuarias de salud mental mostraban solidaridad hacia los pacientes con enfermedades orgánicas, brindándoles apoyo en sus limitaciones. Esto plantea la necesidad de repensar la distribución de camas y sectores dedicados a salud mental en hospitales generales. Aunque sectores diferenciados podrían responder a estas dificultades, Ceriani (2014) advierte que esta distribución de salas podría perpetuar lógicas manicomiales, contrarias a modelos integrados de atención.

La estructura del servicio constituye un aspecto central para garantizar la calidad de la atención en las internaciones por salud mental en hospitales generales. Las deficiencias en este plano pueden ser uno de los motivos por lo cual se realicen derivaciones a hospitales monovalentes o que se produzcan abandonos de la internación, interrumpiendo las medidas de cuidado.

Frente a esta situación resulta necesario interrogarse sobre la adecuación de los recursos para implementar internaciones involuntarias, tanto en las medidas

de protección de persona como las que se realizan mediante la jurisdicción penal.

*Orientación comunitaria.* Los actores señalaron que las internaciones se prolongaban más de lo necesario por las ausencias de otras alternativas asistenciales, como también por la demora para la articulación con otras propuestas terapéuticas. Se debería indagar, en otros estudios, las causas de estas demoras. A su vez, indicaron que contaban con escasos recursos para las externaciones para aquellas personas usuarias que necesitaban apoyo para la vida diaria. Valoraron la articulación con el primer nivel de atención, pero remarcaron la ausencia de dispositivos residenciales —como casas asistidas o de medio camino— para aquellos casos en que se requería garantizar el derecho a la vivienda. En su lugar, se solían gestionar subsidios para pensiones, lo que resultaba insuficiente.

En este marco cabe preguntarse: ¿con qué alternativas asistenciales cuentan las personas usuarias de larga estadía en hospitales generales, más allá de la derivación a un hospital monovalente o a una organización destinada a la atención de consumos problemáticos? ¿Cómo se evita la prolongación de internaciones cuando existen barreras al acceso a los derechos sociales o cuando los apoyos sociales son insuficiente para reali-

zar externaciones sustentables, como sucede frecuentemente en los efectores monovalentes?

La responsable del servicio y los profesionales valoraron positivamente el trabajo interdisciplinario, destacando tanto la diferenciación de funciones según las disciplinas como el trabajo conjunto en la toma de decisiones y en la construcción de la estrategia terapéutica. Esta valoración refuerza la importancia de conformar equipos interdisciplinarios en los servicios de salud mental, como parte de una decisión estratégica de las gestiones institucionales. Los profesionales y la responsable del servicio señalaron dificultades en el abordaje de personas usuarias menores de 18 años, tanto dentro del efector como en lo que respecta a la continuidad de atención luego del alta. Esta situación plantea la necesidad de revisar si se están garantizando las condiciones de atención conforme a lo establecido en la LNSM y en la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061.

Se observaba que el proceso de atención estaba delimitado a las prácticas sanitarias, notándose una ausencia de otros organismos públicos y de la comunidad que favorezcan la inclusión social a las personas usuarias de salud mental. Los profesionales y las personas usuarias valoraban que durante el proceso de atención se busca-

ban propuestas de inclusión social y que se acompañaba a la familia a fin de favorecer la restitución de los lazos. No obstante, no se disponían de espacios asistenciales dirigidos exclusivamente para familiares y referentes afectivos.

*Respeto y salvaguarda de los derechos.* La implementación de internación por motivos de salud mental en los hospitales generales requiere la incorporación de hábitos, instrumentos y protocolos a fin de garantizar los derechos de las personas usuarias de salud mental, quienes han sido históricamente vulnerados bajo el modelo asilar-manicomial. Sin embargo, el hecho que se realicen las internaciones en hospitales generales no necesariamente garantiza por sí solo la superación de dichas lógicas ni evita de forma automática las históricas vulneraciones y violaciones de derechos de las personas usuarias por las prácticas de lógicas manicomiales.

Los tres actores evaluados confirmaron la disposición del equipo a comunicar acerca del diagnóstico y del tratamiento a las personas usuarias y familiares. No obstante, esa notificación se realizaba de forma parcial, sin instancias escritas. Este déficit en la comunicación se vió replicado en otros instrumentos de garantías de derechos, como el consentimiento informado y la im-

plementación de decisiones anticipadas. ¿Tal vez pueda pensarse que estas limitaciones podrían ser producto del predominio médico en el proceso de atención, y que por esa razón el servicio no produce su propio instrumental para el procedimiento de las internaciones por motivos de salud mental?

Los actores refirieron que se garantizaba el derecho de las personas usuarias a participar en la toma de decisiones. Sin embargo, identificaron como una limitante las situaciones en que la persona se encontraba cursando una crisis, lo que dificultaba su capacidad de decidir. En esos casos se contactaba a familiares o referentes afectivos para comunicar las intervenciones realizadas y las alternativas de atención posibles. La conservación de los vínculos durante la internación es uno de los objetivos principales para la realización de las internaciones en hospitales generales, dado que permite permanecer en su entorno comunitario. En este sentido, el servicio favorecía a la conservación de los vínculos y evitaba que la internación resultase excesivamente restrictiva.

Se encontraban resistencias por algunos integrantes del personal sanitario para la realización de internaciones por motivos de salud mental en el hospital general. Se podría pensar si esto tendría alguna relación con la

falta de planificación y de capacitaciones en el servicio, situación que se ha observado en otros estudios (Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014). Las personas usuarias valoraban positivamente poder realizar su tratamiento en un hospital general y la calidad de la atención que se brindaba. A su vez, plantearon que desconocían que podían ser asistidas por su problemática subjetiva en este tipo de efecto.

*Reflexiones sobre los alcances y limitaciones de la investigación.* Esta investigación tuvo como finalidad recuperar una experiencia específica de atención y aportar una propuesta particular de evaluación que contribuya tanto a la gestión de políticas sociales y servicios como al debate académico en torno a los modelos de atención y evaluación.

Al comparar los resultados por actor y por categoría de análisis se encontró que las representaciones de los actores mayormente coincidieron. Esto permite pensar que las consideraciones de la investigación presentan cierta solidez, tanto en los aspectos positivos de la propuesta asistencial como en aquellos que requieren mejoras o incorporaciones. Todos los actores señalaron que las principales fortalezas del servicio fueron la permanencia de los vínculos y la incorporación de la

familia y referentes socio-afectivo durante la internación. Esto podría ser uno de los motivos por los cuales las internaciones sean menos prolongadas que en los hospitales monovalentes.

Durante el análisis surgieron dificultades para disociar los aspectos vinculados a la atención comunitaria de aquellos referidos a la garantía de los derechos ciudadanos. Se comprendió que una atención orientada a la comunidad implica, de manera inherente, el respeto y la protección de los derechos de las personas usuarias. En este sentido, la defensa constante de esos derechos durante el proceso de atención está estrechamente ligada a la permanencia en el entorno comunitario, ya que es allí donde se encuentran los vínculos, valores y condiciones sociales que los hacen posibles.

La implementación de servicios de salud mental en los hospitales generales pone en tensión la relación del campo de la salud mental con el de la salud al querer incorporar la dimensión subjetiva en las políticas y prácticas de salud. Este enfoque plantea una pregunta fundamental: ¿en qué medida las limitaciones y desafíos observados en el servicio de salud mental evaluado se reproducen también en otras especialidades médicas y servicios hospitalarios? Esta perspectiva invita a reconocer la centralidad del sujeto, su comunidad y el res-

peto y protección de sus derechos en todas las prácticas de salud.

En este marco es fundamental destacar que las políticas sociales en salud mental y la transformación de los sistemas de atención requieren de un abordaje integral e intersectorial. Tal transformación implica articular acciones de promoción y prevención, consolidar dispositivos de atención comunitaria, favorecer procesos de inclusión social y garantizar el respeto de los derechos humanos.

Todo ello excede las posibilidades de un único efector, demandando una mirada amplia, articulada y sostenida por la acción conjunta de los múltiples actores que integran el sistema de salud y los espacios sociales y políticos vinculados.

## Referencias

Almeida, V., Chidichimo, M., Coll, L., Orpinell, F., Pochettino, C. y Valdano, L. (2017). Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el estado. *Cadernos do CEAS*, Salvador/Recife, (242), 657-671, ISSN 2447-861X.

Aparicio, V. (1993). Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En V. Aparicio (Ed.) Evaluación de servicios de salud mental (pp. 15-50). Asociación española de Neuropsiquiatría.

Ardila-Gomez, S. E. (2012). *La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: Estudio de caso de un Programa de externación de mujeres en la Prov. de Buenos.* (Tesis doctoral). Universidad de Lanús, Remedios de Escalada.

Ardila-Gomez, S. y Stolkiner, A. (2009). El uso de técnicas en la evaluación no tecnocrática: desarrollos acerca de la evaluación de programas y servicios de salud mental. Pertenencia Institucional: Trabajo realizado en el marco del proyecto PICTO: *Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos.* Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Ardila-Gomez, S. E., Fernández, M. A., Bertagni, J. J., Dinolfo, L., Galíndez, L., Prado, M. y Rosales M., L. (2021). Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018. *Saude Debate*, 45(128), 54-65.

Baravalle, E., Dionisio, L., Puglisi, D., Vilches, F., Dipre, S., Bella, M. (2022) Diagnóstico del estado de implementación de las unidades de internación en salud mental en hospitales generales en la Ciudad de Córdoba. Resultados preliminares. Revista Facultad de Ciencia Médicas Universidad Nacional de Córdoba. Suplemento JIC XXIII.

Belizan, J. (2015). *Egresos hospitalarios con diagnósticos de salud mental en hospitales generales del Nodo Rosario, en el período 1998-2010.* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.

Bertagni, J. J. (2024). *La evaluación de servicios de salud mental con internación en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención desde la perspectiva de distintos actores involucrados, en la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria, Maestría en Salud Mental Comunitaria.

Bertagni, J. J., Fernández, M. A., Rosales, M. L., Grasso, L., Prado, M., Heredia, A., Dinolfo, L., Loitegui, S., Mansilla, N., Murillo, J., Del Carpio, S., Bocco, F., Yoma, S., Atala, L., Galindez, L., Buhlman, S., Caminada, M. P., Viarengo, C. y Ardila-Gomez, S. (2019). Evaluación de servicios de salud mental en hospitales

generales con internación: la perspectiva de sus usuarios. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres Colectivos, Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (pp. 35-44).

Bourdieu, P. (1990) Sociología y Cultura. Algunas Propiedades de los Campos. Grijalbo.

Bulla, V. (2017). La organización del proceso de trabajo a partir de la hospitalización de pacientes con sufrimiento psíquico. Tecnologías blandas en el proceso de atención-cuidado en un hospital general. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario).

Ceriani, L. (2014). *La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la provincia de Buenos Aires*. Informe Final Beca Iniciación, Comisión Nacional Salud Investiga.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar.

Chiavertti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental.

*Revista Argentina de Clínica Psicopatológica*, 17(2), 173-182

Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Méndez, M. y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Revista Argentina Salud Pública*, 3(12), 28-33.

Fernández, M. (2017). *La evaluación de servicios de Salud Mental desde la perspectiva de todos los actores involucrados: estudio en una sala de internación psiquiátrica de un Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2014*. (Tesis de maestría) Universidad de Lanús, Remedios de Escalada.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una clínica de la razón psiquiátrica*. Paidós.

Glaser B. G. y Strauss A. L. (1969). *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.

Gobierno de Santa Fe. (2021). *Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe*. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección Provincial de Salud Mental.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (eds.). (2004). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Ley Provincial de Salud Mental n.º 10772 y Decreto Reglamentario (2007). Congreso de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Medina, M. G., Pontes Silva, G. A., Aquina, R. y Araújo Hartz, Z., M. (2005). Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales. En De Araujo Hartz, ZM. y Vieira da Silva, LM. (Org.) *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. (pp. 41-62). Lugar Editorial.

Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades 4(7), 71-83.

Ministerio Público Tutelar. (2014). *Internaciones por salud mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. (Documento de trabajo N.º 21).

Ministerio de Salud de la Nación. [MSAL]. (2021). *Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación Argentina.

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (1994). *Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental. Modulo E Servicios de Internamiento Psiquiátrico*. Milán, Italia: Instituto "Mario Negri".

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (ESM-OMS) Versión 2.1*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Instrumento de calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social*. Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications.

Santa Fe. (2018). *Portal Gobierno de Santa Fe.*

Pomares, L. (2020). *Atención de la salud mental en un hospital general: Del modelo hospitalocéntrico a una red de servicios con base en la comunidad.* Fundación H.A. Barceló

Rodríguez Peña, M. H. (2022). Internaciones por salud mental en el Hospital General y el lugar del Trabajo Social. Análisis de experiencia desde la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM) del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe. *Revista Cátedra Paralela*, 20, 111-131.

Rodriguez Zoya, L. G. (2017). Complejidad, interdisciplina y política en la teoría de los sistemas complejos, de Rolando García. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 221-242.

Sartorius, N., Thornicroft, G. (2012). IDEA Project Protocol V2.0: Inpatient Discharge: Experiences and Analysis. An International Collaborative Study. King's College.

Stolkiner, A. y Ardila-Gomez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101).

Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Yasmin, A., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(24), 255-262.

Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Yasmin, A., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2019). Prácticas de salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y Gran Rosario. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres Colectivos, Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* (pp. 25-34).

Vieira Da Silva, L. M. (2005). Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud. En Z. M. Araujo Hartz y L. M. De Vieira da Silva (Org.). *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.* (pp. 17-40). Lugar Editorial.

Visacovsky, S. (2001). El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992). Informed.