

FACTORES DE DESERCIÓN LABORAL DE LA PRIMERA GUARDIA DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL GENERAL DE JUJUY

JOB DROP-OUT FACTORS OF THE FIRST MENTAL HEALTH GUARD IN A GENERAL HOSPITAL OF JUJUY

López Steinmetz, Lorena C.¹; Herrera, Carla R.²

RESUMEN

En julio de 2012 se implementó la primera Guardia de Salud Mental (GSM) en hospital general de Jujuy, con cobertura 24 horas. En 2017 hubo muchas renunciaciones y el dispositivo quedó prácticamente sin brindar cobertura. Este estudio indagó los factores motivadores de dicha deserción laboral. Los datos se recolectaron con un cuestionario ad hoc, administrado a todos los psicólogos y psiquiatras que trabajaron en la GSM entre julio/2012 - septiembre/2017 (n = 28). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos. Las dificultades para desempeñar la labor se refirieron principalmente a aspectos: institucionales, contractuales, salariales y de la red de salud. Dichas dificultades motivaron las renunciaciones, o bien, las motivarían en el futuro. Las motivaciones subjetivas que llevaron a elegir trabajar en la GSM (e.g., vocación, búsqueda de crecimiento profesional), fueron afectadas por dificultades objetivas resolubles (e.g., infraestructura edilicia, incumplimientos contractuales-salariales, fallas operativas del sistema de salud). Son necesarias políticas públicas que resuelvan estas dificultades.

Palabras clave:

Servicios Médicos de Urgencia - Salud Mental - Salud Laboral - Aplicación de la Ley

ABSTRACT

In July 2012, a Mental Health Guard (MHG) with a 24/24 hours service was implemented for the first time in a general hospital in Jujuy. Many waivers occurred in 2017 and this device remained practically uncovered by then. This study investigated the motivating factors for this job desertion. Data were collected using an *ad hoc* questionnaire that was administered to all psychologists and psychiatrists working for the MHG between July/2012 and September/2017 (n = 28). Descriptive statistical analyses indicate that waivers were due to institutional, infrastructural, contractual, salary, and health network aspects. These aspects drove then waivers or would motivate it afterward. The subjective motivations that led to choose working on the MHG (e.g., vocation, pursuit of professional growth), were troubled by objective, solvable issues (e.g., infrastructure, non-fulfillment of job contracts and salaries, operational failures of the health system). Public policies able to solve these issues were revealed as a necessity.

Keywords:

Emergency Medical Services - Mental Health - Occupational Health - Law Enforcement

¹Universidad Nacional de Córdoba, Instituto de Investigaciones Psicológicas. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIPsi-UNC-CONICET). Argentina. E-mail: cecilia-lopezsteinmetz@unc.edu.ar

²Hospital Wenceslao Gallardo, Guardia de Salud Mental, Jujuy, Argentina.

INTRODUCCIÓN

En el año 2010 se produjo la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley n° 26657). Entre otros aspectos importantes, estableció que la atención y, en caso de requerirse, la internación de personas con padecimientos mentales debe realizarse en hospitales generales. La sanción de la mencionada Ley dio paso a numerosos cambios y adecuaciones progresivas del sistema de salud, las cuales se continúan hasta la actualidad y con resultados dispares (Ardila Gómez et al., 2016; Asesoría General Tutelar de CABA, 2014; Fotia y Assis, 2012; Rojas, Santimaria, Fevre y Santimaria, 2014; Rosales y Ardilla Gómez, 2017; Sabin Paz, Ribeiro Mieres, Díaz Jimenez y Giglia, 2015).

En la provincia de Jujuy, uno de los primeros efectos de la sanción de dicha normativa se produjo a mediados de 2012, con la implementación de la Guardia de Salud Mental (GSM) en el Hospital San Roque (HSR) de la ciudad de San Salvador de Jujuy. Desde su implementación y hasta enero de 2018 – fecha en la que fue trasladada al Hospital Wenceslao Gallardo, de la ciudad de Palpalá – la GSM funcionó inserta en el Servicio de Guardia General del HSR. La GSM se caracterizó por ser de tipo activa, con cobertura de 24 horas, los 7 días de la semana y contó con un psicólogo y un médico psiquiatra por turno. Previo a ello, concretamente desde 2002, el único hospital público en esta provincia que contaba con asistencia de urgencias por consultas referidas a salud mental en su Servicio de Guardia era el Hospital Pablo Soria. Sin embargo, esta guardia brindaba cobertura parcial en salud mental (de 17 a 23 horas) y las asistencias eran brindadas sólo por psicólogos (Residentes de Psicología del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros), sin supervisión *in situ* por parte de instructores u otros psicólogos de planta (López Steinmetz, 2009, 2010). Recién en febrero de 2018, la guardia del Hospital Pablo Soria logró contar con psicólogos contratados específicamente para esta tarea y, de este modo, empezó a brindar cobertura las 24 horas. Sin embargo, a la fecha sólo cuenta con psicólogos para atender las consultas referidas a salud mental, pero no con otros profesionales, e.g., psiquiatras (López Steinmetz, Medina y Godoy, 2020). Por lo tanto, se puede afirmar que la GSM en el HSR fue la primera en su tipo, ya que reunió características que la experiencia anterior no reunía.

El proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley n° 26657) implicaba, idealmente, un proceso de reducción de camas en hospitales monovalentes y, como contrapartida, una progresiva adecuación de los hospitales generales, los que debían llegar a disponer de camas suficientes destinadas a pacientes con padecimiento mental. Ese ideal aún está muy lejos de concretarse. En este contexto, resultó de importancia la creación y puesta en funcionamiento de una GSM activa las 24 horas, a fin de garantizar la atención en urgencia a personas con padecimientos mentales. Sin embargo, la puesta en funcionamiento de la GSM en el HSR fue repentina y no planificada en lo que se refiere a lo estructural (edilicio). Esta GSM surgió tras un Acta Acuerdo, firmada en julio de 2011, entre la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación y el Minis-

terio de Salud de la Provincia de Jujuy. Dicho Acta Acuerdo se produjo en el marco de la programación e implementación de la red nacional del componente salud mental y adicciones en la estrategia de la atención primaria de la salud y la convocatoria nacional de proyectos para la inclusión social de personas con padecimiento mental y adicciones. La provincia de Jujuy cuenta con dos hospitales generales en zona centro de la capital, los cuales son los ya mencionados Hospital Pablo Soria y Hospital San Roque. Dado que el primero es el de mayor complejidad, se decidió que la GSM se ubicara en el segundo. Sin embargo, el HSR no contaba con las condiciones edilicias para sumar una especialidad más a la Guardia General. Prueba de ello es que, desde su implementación y mientras se mantuvo el dispositivo de GSM en el HSR, la atención de consultantes por motivos relacionados con urgencias en salud mental se efectuó en un pasillo. Dicho pasillo comunicaba con la puerta de ingreso al *shock room* y estaba destinado, a su vez, al ingreso de pacientes trasladados por el Sistema de Asistencia Médica de Emergencia (SAME). Esta ubicación obstruía el adecuado funcionamiento de la Guardia General, pero además no ofrecía las condiciones mínimas de privacidad para los consultantes. En cuanto al alcance de la tarea de la GSM, esta incluía la asistencia de todos los usuarios cuyo motivo de consulta estuviera vinculado con problemas de salud mental, sea que los usuarios se presentaran de manera espontánea, fueran derivados desde otros hospitales o trasladados por el SAME. La asistencia abarcaba todos los niveles de complejidad, tanto la compensación del cuadro agudo, como la observación en la Guardia General y la internación en las salas del HSR; esta última, sólo en los casos que era necesaria la internación por más de 48 horas. Sin embargo, del mismo modo que no se previó un espacio adecuado para brindar las atenciones en salud mental al implementar la GSM, tampoco se previó la necesidad de contar con camas asignadas a salud mental específicamente en la Guardia General ni en las salas del HSR.

De acuerdo con el Acta Acuerdo ya mencionado, los profesionales de la GSM fueron contratados por el Ministerio de Salud de la Nación, mediante contratos de obra renovables automáticamente en diciembre de cada año. Sin embargo, en diciembre de 2015 hubo una discontinuación en el pago de haberes. Esta situación se regularizó luego de tres meses, aunque sólo parcialmente ya que no se abonó la totalidad de lo adeudado a los profesionales. Sumado a ello, por entonces estos no contaron con un contrato firmado ni pudieron acceder a constancias de la tarea desempeñada que fueran expedidas por la parte contratante.

Al inicio de su funcionamiento, la GSM del HSR contaba con 13 profesionales para asumir las tareas. Este equipo estaba conformado por 7 psicólogos y 6 médicos psiquiatras. Durante los primeros años de funcionamiento de la GSM se produjeron algunas renunciaciones. Algunos profesionales se desempeñaron durante poco tiempo en este dispositivo, pero las reposiciones de cargos se produjeron de modo más bien paulatino. Ello fue así hasta el primer semestre de 2017, momento en el que se produjo una gran

cantidad de renunciadas. La resultante fue que el dispositivo de GSM quedó casi sin posibilidad de brindar cobertura. En efecto, en septiembre de ese año se llegó a contar con sólo 4 profesionales (3 psicólogos y 1 psiquiatra) del equipo inicial. Posteriormente, se sumaron las incorporaciones de 4 profesionales contratados (3 psicólogos y 1 psiquiatra). Aun así, en ese momento se logró brindar cobertura sólo parcial, ya que no se contaba con médicos psiquiatras ni con psicólogos los 7 días de la semana.

En este contexto y teniendo en cuenta la inexistencia de investigaciones previas cuyo foco haya sido describir las vicisitudes del proceso de implementación de dispositivos de GSM en el marco de la mencionada Ley Nacional de Salud Mental, la presente investigación propendió a generar conocimientos que pudieran contribuir con la implementación eficaz de políticas públicas en salud. A raíz de todo lo mencionado, el objetivo de este estudio fue indagar los factores que motivaron la deserción laboral de la GSM del HSR de Jujuy, o que la motivarían en el futuro, a fin de generar conocimientos que sean utilizables por parte de las autoridades sanitarias al momento de planificar futuras implementaciones de dispositivos de GSM, o bien, mejorar los existentes.

MÉTODOS

La presente investigación fue de alcance descriptivo, de corte transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). El ámbito de estudio fue la GSM que funcionaba inmersa en el Servicio de Guardia General del HSR de la provincia de Jujuy hasta diciembre de 2017. El HSR es un hospital general, público, de nivel 2, ubicado en la ciudad de San Salvador de Jujuy, capital provincial. El Servicio de Guardia General cuenta con médicos clínicos y terapeutas, enfermeros, bioquímicos (en el laboratorio de análisis clínicos) y el equipo de salud mental. Este último, en su conformación ideal, está integrado por un psicólogo y un médico psiquiatra por turno. Tal como se mencionó más arriba, esta es la única GSM activa 24 horas, en toda la provincia de Jujuy.

La muestra estuvo compuesta por todos los profesionales psicólogos y médicos psiquiatras que trabajaron en el dispositivo de GSM del HSR en algún momento entre su implementación en julio de 2012 y septiembre de 2017 inclusive. Este período de estudio fue delimitado de manera intencional. De manera consistente con ello, el criterio de exclusión de este estudio fue temporal, por lo que se excluyeron de la muestra a los profesionales (psicólogos y médicos psiquiatras) que comenzaron a trabajar en dicho dispositivo con fecha posterior al 30 de septiembre de 2017. De este modo, la muestra quedó compuesta por n = 28 profesionales (i.e., el total de profesionales psicólogos y médicos psiquiatras que trabajaron en la GSM del HSR durante el período de estudio).

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario elaborado *ad hoc*, el cual estuvo compuesto por 33 preguntas con opciones de respuesta fijas. Se optó por utilizar este tipo de instrumento a fin de reducir la ambigüedad de respuestas y favorecer la comparación entre ellas (Hernández Sampieri et al., 2010). Dadas las características

del estudio propuesto y de la población meta, no fue posible realizar una prueba piloto del instrumento. Se administró el cuestionario a la totalidad de profesionales que componían la muestra. Previo a ello, se solicitó el consentimiento informado por escrito a cada participante. El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de Jujuy y cumplió con lo establecido por la Ley de Protección de Datos Personales.

Para los análisis de datos se utilizó el programa informático *R Studio*, versión 3.1.1, 2014-07-10 (R Core Team, 2019). Se realizaron análisis estadísticos de tipo descriptivo.

RESULTADOS

El mayor porcentaje de profesionales (42.86%) comenzó a trabajar en la GSM del HSR porque consideraba que ello significaba una oportunidad de crecimiento profesional y/o un desafío. Otro motivo frecuente fue el interés profesional por trabajar en urgencias (35.71%), seguido del motivo de la necesidad económica (17.86%). Finalmente, un participante señaló que empezó a trabajar en este dispositivo por conocidos que le facilitaron el ingreso (3.57%).

Cuando comenzaron a trabajar en la GSM del HSR, casi la totalidad de los profesionales (96.43%) tenía otro trabajo remunerado, ya fuera uno o más trabajos. Entre ellos fue predominante tener más de un trabajo (64.29%), los que correspondían al ámbito público provincial y al ámbito privado (64.29%), y cuyas características de contratación comprendían tanto la relación de dependencia como el tipo autónomo (53.57%).

La orientación teórica más frecuente entre los profesionales de la GSM fue la psicoanalítica (28.57%). Con menores porcentajes, las orientaciones teóricas que le siguieron en frecuencia fueron la integradora (biopsicosocial) (21.43%) y la neurobiológica (17.86%). Otras orientaciones teóricas informadas por los profesionales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Orientación teórica predominante de los profesionales que se desempeñaron en el dispositivo de Guardia de Salud Mental.

Orientación teórica	Porcentaje (%)
Psicoanalítica	28.57
Integradora (Biopsicosocial)	21.43
Neurobiológica	17.86
Otra/s ^a	10.71
Gestáltica	3.57
Cognitivo-conductual	3.57
Sistémica	3.57
Cognitivo-conductual + Neurobiológica	3.57
Neurobiológica + Integradora (Biopsicosocial)	3.57
Psicoanalítica + Gestáltica + Cognitivo-conductual + Sistémica + Neurobiológica + Integradora (Biopsicosocial)	3.57

^aEn otra/s se indicaron las siguientes: salud mental comunitaria, socio-comunitaria, comunitaria, clínica.

Cuando comenzaron a trabajar en la GSM del HSR, casi la totalidad de los profesionales (96.43%) conocía la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental. Un porcentaje algo menor (89.29%) conocía también el contenido de esta.

Durante su desempeño profesional en esta guardia, la mayoría (64.29%) tomó cursos de formación profesional que estaban vinculados de algún modo con la labor que realizaba en dicho dispositivo. Sin embargo, del total de estos últimos, sólo en poco más de la mitad de los casos (53.57%) los cursos que tomaron fueron específicamente sobre atención en urgencias. Del total de profesionales que trabajaron en la GSM, la mayoría (89.29%) señaló que, mientras se desempeñó en este trabajo, no recibió cursos de capacitación y/o de actualización sobre urgencias que fueran brindados por su contratante. Sin embargo, la mayoría (89.29%) de quienes señalaron esto último consideraban que sí era necesario recibir formación en urgencias.

Durante el período en el que trabajaron en el dispositivo de GSM del HSR, sólo el 35.71% realizó proyectos de investigación relacionados con este trabajo. Entre quienes no realizaron proyectos de investigación, el 46.67% lo atribuyó a la falta de tiempo para realizarlos. Un porcentaje similar (40.00%) indicó que no los realizó porque nunca le surgió interés por investigar. El restante porcentaje (13.33%) atribuyó la no realización de proyectos de investigación a la falta de acompañamiento institucional. Ninguno de los profesionales señaló la opción correspondiente a falta de conocimiento para realizar investigación.

Casi la totalidad de profesionales (92.86%) señaló que se le presentaron barreras o dificultades para desempeñar su labor profesional en el dispositivo de guardia. Entre ellos, el 35.71% coincidió en ubicar dichas dificultades en aspectos institucionales únicamente. No obstante, aspectos institucionales, salariales, contractuales y personales, en diferentes combinaciones, también fueron señalados como dificultades (Tabla 2).

Tabla 2. Barreras o dificultades para desempeñar la labor profesional en el dispositivo de Guardia de Salud Mental.

Barrera/s	Porcentaje (%)
Institucionales	35.71
Salariales + Contractuales + Institucionales	21.43
Personales + Salariales + Institucionales	10.71
Personales + Salariales + Contractuales + Institucionales	7.14
Contractuales	3.57
Personales + Salariales	3.57
Contractuales + Institucionales	3.57
Salariales + Contractuales	3.57
Salariales + Institucionales	3.57
Personales + Contractuales + Institucionales	3.57
Ninguna	3.57

Por una parte, quienes señalaron barreras en aspectos institucionales, específicamente, las situaron en la combinación predominante de dificultades referidas a aspectos edilicios, vinculares con profesionales de salud mental y vinculares con profesionales de otras disciplinas (28.57%). Otras combinaciones frecuentes fueron dificultades referidas a: aspectos edilicios y vinculares con profesionales de otras disciplinas (21.43%); vinculares con profesionales de otras disciplinas únicamente (17.86%); vinculares con profesionales de salud mental y con profesionales de otras disciplinas (14.29%); vinculares con profesionales de salud mental únicamente (3.57%). Sólo el 14.29% no refirió barreras institucionales para desempeñar la labor en el dispositivo de guardia.

Quienes señalaron barreras en aspectos institucionales y que las atribuyeron a dificultades vinculares, las ubicaron en la combinación predominante de dificultades con profesionales de guardia de otras especialidades y con superiores (jefes de servicio y/o directivos) (25.00%). No obstante, otras dificultades vinculares y combinaciones de ellas también fueron señaladas (Tabla 3).

Por otra parte, entre quienes reportaron barreras o dificultades para desempeñar su labor profesional en el dispositivo de guardia y que las ubicaron en el plano personal (7 profesionales), todos coincidieron en atribuirles a poco incentivo monetario/bajo salario. En cambio, ninguno atribuyó dichas dificultades a falta de conocimiento para el desempeño en GSM, a desánimo en la labor en urgencias ni a complicación horaria con otros trabajos.

Además, durante el período en el que se desempeñaron en el dispositivo de GSM del HSR, la mayoría de los profesionales (85.71%) reportó haber encontrado dificultades para realizar derivaciones de pacientes hacia otras instituciones. Los motivos a los cuales atribuyeron dichas dificultades fueron, principalmente, falta de instituciones adecuadas para efectuar las derivaciones combinado con falta de protocolos de derivación-atención (32.14%). Otros motivos a los cuales atribuyeron las dificultades para efectuar derivaciones se presentan en la tabla 4.

Entre quienes se habían desvinculado del dispositivo de GSM del HSR y entre quienes aún no lo habían hecho, pero pensaban hacerlo en el futuro, la mayoría (60.71%) señaló que las barreras/dificultades señaladas hasta aquí fueron o serían el motivo para tomar tal decisión.

Mientras se desempeñaron en la GSM, la mayoría de los profesionales (85.71%) reportó haber vivenciado uno o más sentimientos negativos. De ese total, los reportes más frecuentes se refirieron a estrés (21.43%) así como a enojo (21.43%). No obstante, otros sentimientos negativos y combinaciones de ellos también fueron vivenciados durante la labor en la GSM (Tabla 5). Todos quienes reportaron haber vivenciado uno o más de esos sentimientos negativos, los atribuyeron directamente al trabajo que realizaban en el dispositivo de GSM.

Tabla 3. Dificultades vinculares para desempeñar la labor profesional en el dispositivo de Guardia de Salud Mental.

Dificultades vinculares con	Porcentaje (%)
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Superiores (jefes de servicio, directivos)	25.00
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica)	7.14
Profesionales de otras áreas de la institución	7.14
Profesionales de salud mental del servicio de consultorios externos e internación + Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica)	7.14
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Profesional psiquiatra de guardia + Superiores (jefes de servicio, directivos)	7.14
Profesional psiquiatra de guardia	3.57
Superiores (jefes de servicio, directivos)	3.57
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Profesional psiquiatra de guardia	3.57
Profesionales de salud mental del servicio de consultorios externos e internación + Superiores (jefes de servicio, directivos)	3.57
Profesionales de salud mental del servicio de consultorios externos e internación + Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Superiores (jefes de servicio, directivos)	3.57
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Superiores (jefes de servicio, directivos) + Profesionales de otras áreas de la institución	3.57
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Profesionales de otras áreas de la institución + Personal no profesional del hospital (administrativos, maestranza, cocina).	3.57
Profesionales de salud mental del servicio de consultorios externos e internación + Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Superiores (jefes de servicio, directivos) + Profesionales de otras áreas de la institución	3.57
Profesionales de guardia de otras especialidades (clínica médica, enfermería, bioquímica) + Profesional psiquiatra de guardia + Superiores (jefes de servicio, directivos) + Profesionales de otras áreas de la institución	3.57
Ninguno	14.29

Tabla 4. Motivos a los cuales se atribuyeron las dificultades para realizar derivaciones de pacientes desde el dispositivo de Guardia de Salud Mental hacia otras instituciones.

Dificultades para efectuar derivaciones	Porcentaje (%)
Falta de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de protocolos de derivación-atención	32.14
Falta de instituciones adecuadas para la derivación	21.43
Falta de protocolos de derivación-atención	7.14
Falta de conocimiento de instituciones adecuadas para la derivación	3.57
Falta de información brindada por superiores	3.57
Falta de conocimiento de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de información brindada por superiores	3.57
Falta de información brindada por superiores + Falta de protocolos de derivación-atención	3.57
Falta de conocimiento de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de información brindada por superiores + Falta de instituciones adecuadas para la derivación	3.57
Falta de información brindada por superiores + Falta de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de protocolos de derivación-atención	3.57
Falta de conocimiento de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de información brindada por superiores + Falta de instituciones adecuadas para la derivación + Falta de protocolos de derivación-atención	3.57
Ninguna	14.29

Tabla 5. Sentimientos negativos vivenciados durante el desempeño laboral en el dispositivo de Guardia de Salud Mental.

Sentimientos negativos	Porcentaje (%)
Estrés	21.43
Enojo	21.43
Desánimo	10.71
Angustia	10.71
Agotamiento	7.14
Desánimo + Enojo	3.57
Desánimo + Estrés + Enojo	3.57
Estrés + Enojo + Agotamiento + Angustia	3.57
Desánimo + Estrés + Enojo + Agotamiento + Angustia	3.57
Ninguna de las sensaciones o sentimientos anteriores	14.29

Nota: Se brindó también una opción en la cual los participantes podían indicar otro sentimiento o sensación diferente que los aquí mencionados, pero ningún participante hizo uso de esta opción de respuesta.

El 17.86% del total de profesionales de la GSM del HSR informó que tuvo la necesidad de solicitar licencia laboral durante el período en el que se desempeñó en dicho dispositivo. Sin embargo, entre ellos, sólo el 33.33% la solicitó efectivamente.

Ante la pregunta acerca de si se realizaban reuniones periódicas de los profesionales de la GSM, las respuestas estuvieron divididas. Casi la mitad (53.57%) indicó que sí se realizaban dichas reuniones, mientras que los demás indicaron lo contrario. Entre quienes indicaron que no se realizaban dichas reuniones, la totalidad consideró que sí era necesaria su realización y casi la totalidad (92.31%) consideró, además, que la realización de dichas reuniones hubiese mejorado su desempeño en el trabajo.

También estuvieron divididas las respuestas frente a la pregunta acerca de si, durante el período en el que trabajaron en la GSM del HSR, se realizaron reuniones intersectoriales, interministeriales y/o del Ministerio de Salud en las que se trataron temas vinculados con dicha guardia y en las que podían participar. El 50.00% afirmó que se realizaron dichas reuniones, mientras que el 46.43% aseguró lo contrario y el 3.57% dijo que no sabía si se habían realizado o no reuniones de ese tipo. Entre los primeros, casi la totalidad (93.33%) dijo que efectivamente participó de dichas reuniones. Entre quienes señalaron que no se realizaron ese tipo de reuniones, casi la totalidad (92.31%) consideró que hubiese sido necesario que se efectuaran.

DISCUSIÓN

Lo hallado parece indicar que la mayoría de los profesionales que trabajaron en la GSM del HSR desde su implementación en julio de 2012 y hasta septiembre de 2017 no se convocaron, fundamental ni exclusivamente, por necesidad o interés económico. De hecho, casi la totalidad de ellos tenía uno o más trabajos remunerados al momento de incorporarse a trabajar en dicho dispositivo. Lo hallado sugiere que la mayoría de los profesionales habría empezado a desempeñarse en la GSM movido por otros intereses principales, tales como la búsqueda de crecimiento y/o desafíos profesionales, así como la genuina vocación profesional por trabajar en urgencias.

Aspectos económicos de tipo salarial fueron referidos como barreras o dificultades para desempeñar la labor profesional en dicho dispositivo de guardia, pero no ocuparon un lugar central ni exclusivo. En cambio, fueron las dificultades relacionadas con aspectos institucionales (edilicios y vinculares) las que se señalaron de manera predominante, ya fueran solas o bien en combinación – principalmente – con aspectos contractuales y salariales. En menor medida, a la combinación anterior se sumaron dificultades referidas a aspectos personales. No obstante, cabe señalar que estos últimos habrían sido coincidentes o, al menos, habrían estado estrechamente vinculados con las dificultades salariales, ya que la totalidad de quienes reportaron dificultades en el plano personal (7 profesionales) para continuar desempeñando la labor coincidieron en atribuirles a poco incentivo monetario/bajo salario.

En cuanto a las dificultades relacionadas con aspectos institucionales – antes mencionadas –, antecedentes en

otras provincias señalan también que ciertos aspectos edilicios fueron obstáculos frecuentes al implementar guardias de salud mental en guardias generales. Fundamentalmente, se destacaron déficits referidos a disponibilidad de camas para internación de pacientes con padecimientos mentales (Fotia y Assis, 2012; Rojas et al., 2014). Junto con ello, se destacaron obstáculos vinculados con aspectos administrativos (Rojas et al., 2014). Ambos aspectos fueron hallados también en esta investigación como dificultades frecuentemente referidas por los profesionales de la GSM del HSR. En efecto, éstos reportaron dificultades relacionadas con aspectos institucionales de tipo edilicios y dificultades vinculares con profesionales de otras disciplinas, fundamentalmente con profesionales de guardia de otras especialidades y con superiores (jefes de servicio y/o directivos). Desde el punto de vista de los profesionales de la GSM (miembros del equipo de la GSM, comunicación personal, 07 de noviembre de 2019), estas dificultades surgían fundamentalmente cuando ellos indicaban la internación de algún usuario. Al no haber camas destinadas específicamente a salud mental, los médicos de otras especialidades – que se desempeñaban tanto en la Guardia General como en las salas del HSR – usualmente se negaban a ocupar una cama con un paciente ingresado por motivos referidos a salud mental. En el mismo sentido, en ocasiones, a ello se sumaba la resistencia por parte del personal de enfermería. Por otra parte, cabe señalar asimismo que, en Jujuy, la posibilidad de internación en instituciones públicas de salud en lo que se refiere a usuarios con problemáticas de salud mental es muy baja, dado que la negativa a aceptar la internación de estos usuarios no es privativa de los médicos del HSR y el único hospital monovalente de la provincia – el Hospital Néstor M. Sequeiros – cuenta con limitada disponibilidad de camas para internación.

En las escasas investigaciones realizadas en Argentina y actualmente disponibles sobre dispositivos de guardia de salud mental implementados en hospitales generales en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental se coincide en señalar, entre los obstáculos más frecuentes, el desconocimiento de la mencionada normativa (Fotia y Assis, 2012; Rojas et al., 2014). Lo hallado en la presente investigación se ubica en el mismo sentido ya que, si bien la mayoría de los profesionales de la GSM conocía la existencia de dicha Ley, no todos conocían el contenido de esta. Cabe señalar, no obstante, que los antecedentes citados se refieren predominantemente al desconocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental por parte de profesionales de otras disciplinas distintas que las vinculadas al campo de la salud mental y destacan que el conocimiento de esta normativa es mayor entre profesionales de la salud mental que entre aquéllos (Fotia y Assis, 2012; Rojas et al., 2014). Si se asume como cierto esto último, es esperable que también en el HSR el desconocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental fuese mayor entre los profesionales de disciplinas no vinculadas a la salud mental que trabajan en la Guardia General que entre los profesionales de la GSM. A su vez, ello podría estar vinculado con la frecuente negativa a aceptar la internación de pacientes

con motivos referidos a salud mental. El conocimiento del contenido de dicha Ley es necesario para posibilitar la adecuada labor interdisciplinaria. Por lo tanto, las dificultades vinculares con profesionales de disciplinas no ligadas a la salud mental, que fueron reportadas por los profesionales de la GSM del HSR, podrían ser atribuidas, en parte, al desconocimiento del contenido de dicha Ley por parte de aquéllos.

Además de las dificultades relacionadas a los aspectos institucionales, contractuales, salariales y personales antes mencionados, los profesionales mencionaron otros tipos de dificultades. Al respecto, se debe señalar el peso que tuvieron las dificultades halladas a nivel del sistema de salud. En este sentido, fueron predominantes las dificultades para derivar pacientes hacia otras instituciones. Los profesionales atribuyeron dicha dificultad, fundamentalmente, a la falta de instituciones adecuadas para efectuar las derivaciones y a la falta de protocolos de derivación-atención. Otros estudios, realizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires, también reportaron dificultades vinculadas a fallas en la red de salud (Rojas et al., 2014). Atento a ello, es necesario avanzar en el desarrollo, ampliación y perfeccionamiento de la red de salud, así como también en la readecuación del funcionamiento de las instituciones de salud actualmente disponibles, sin lo cual el efectivo cumplimiento de los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental seguirá siendo una promesa a futuro. De hecho, en la literatura sobre el tema son frecuentes las referencias a la percepción de dicha Ley no como un hecho actual o cercano, sino más bien como una propuesta a futuro (Fotia y Assis, 2012; Rojas et al., 2014; Sabin Paz et al., 2015). De acuerdo con lo hallado en este estudio, las barreras/dificultades señaladas por los profesionales habrían sido el motivo para tomar la decisión de desvincularse del dispositivo de GSM del HSR, o bien, serían motivo para hacerlo en el futuro. Por lo tanto, con base en lo hallado se puede afirmar que no fue lo económico el principal o exclusivo aspecto que motivó la mayoría de dichas desvinculaciones, sino que fueron otras las motivaciones consideradas como centrales. Aún más, es dable postular que los motivos principales que llevaron a trabajar en la GSM no fueron los mismos que llevaron luego a desvincularse de ella. Así, las motivaciones más subjetivas que llevaron a elegir trabajar en la GSM – tales como la genuina vocación y la búsqueda de crecimiento profesional –, pudieron verse afectadas luego por limitantes y obstáculos de tipo más objetivo; en este caso, institucionales (e.g., infraestructura edilicia de la institución), del sistema de salud (e.g., fallas operativas y de la red de salud) y económicos (e.g., incumplimientos contractuales y salariales por la parte contratante).

Otro aspecto que debiera ser sopesado en cuanto a su relevancia en la desvinculación profesional de servicios de guardia es el que se refiere al surgimiento de sentimientos negativos asociados a la labor en dichos dispositivos. En este estudio, la mayoría de los profesionales vivenciaron sentimientos negativos – e.g., estrés, enojo, desánimo, angustia y agotamiento –, los cuales atribuyeron directa-

mente a la labor en la GSM. Lo hallado es consistente con efectos negativos tales como el síndrome de *burnout* y estrés reportados en profesionales que trabajan en servicios de guardia según antecedentes nacionales (Arias, 2011; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Zaldúa, Lodieu y Koloditzky, 2000) y foráneos (Arora, Asha, Chinnappa y Diwan, 2013; Deschamps Perdomo, Olivares Román, de la Rosa Zabala y Asunsolo del Barco, 2011; Grau et al., 2009). Esos efectos negativos suelen atribuirse fundamentalmente a características propias de la labor en urgencias, pero también son influidos por los turnos extensos (guardias de 24 horas) y por los turnos nocturnos (Arias, 2011; Arora et al., 2013; Deschamps Perdomo et al., 2011; Grau et al., 2009; Zaldúa et al., 2000). Cabe señalar al respecto que mientras el horario nocturno de guardia no es eliminable, los turnos de 24 horas de duración por guardia, en cambio, sí pueden ser reemplazados por turnos menos extensos.

Finalmente, otros aspectos que debieran ser tenidos en cuenta en futuras implementaciones de dispositivos de GSM son los referidos a la necesidad de capacitación en urgencias y a la necesidad de realizar reuniones periódicas del equipo que compone dicho dispositivo. Asimismo, la realización de reuniones de intercambio entre representantes ministeriales y el equipo de GSM podría tener efectos positivos en la labor de estos últimos.

CONCLUSIONES

En este trabajo se detectaron diversos aspectos que requieren ser resueltos para mejorar el funcionamiento de dispositivos de GSM como el del HSR. Tales aspectos incluyen: deficiencias edilicias, fallas en la red de salud, incumplimientos contractuales y salariales, carencias en el conocimiento del contenido de la Ley Nacional de Salud Mental por parte de profesionales de la salud, falta de reuniones del equipo de GSM y de éste con representantes ministeriales, turnos de guardia extensos (24 horas), entre otros. Es necesario planificar e implementar políticas sanitarias específicas para resolver estos aspectos a fin de generar mayor permanencia de los profesionales en este dispositivo y dar cumplimiento a la conformación interdisciplinaria del equipo de salud. Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta en futuras implementaciones de dispositivos similares.

REFERENCIAS

- Ardila Gómez, S., Hartfiel, M.I., Fernández, M.A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., y Stolkner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2), 265-278.
- Arias, C. (2011). Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 205-217.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., y Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491-495.

- Asesoría General Tutelar de CABA (2014). De la Ley al barrio. La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Documento de Trabajo. Salud Mental*, (20), 1-37. Recuperado de http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn20_de_la_ley_al_barrio.pdf
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S.B., de la Rosa Zabala, K.L., y Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- Fotia, G.D., y Assis, C.M. (2012). Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-072/286>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México, D. F.: Mc Graw-Hill / Interamericana.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- López Steinmetz, L.C. (2009). Sondeo de factores de riesgo del proceso de suicidio en pacientes que recibieron atención psicológica de Guardia por intento de suicidio en la provincia de Jujuy en el año 2007. *Clepios*, 15(48), 22-25.
- López Steinmetz, L.C. (2010). Aproximación al factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en Servicio de Guardia - Jujuy. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(1), 22-28.
- López Steinmetz, L.C., Medina, M.N., y Godoy, J.C. (2020). Perfil temporal, sociodemográfico y diagnóstico de casos atendidos psicológicamente en Servicio de Guardia general. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(1), 24-32.
- R Core Team (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. Viena: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.R-project.org/>
- Rojas, M.A., Santimaria, L., Fevre, M., y Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones*, 21(2), 131-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994057>
- Rosales, M., y Ardilla Gómez, S. (2017). El proceso de implementación de la ley nacional de salud mental: obstáculos y desafíos. ¿Qué dicen los usuarios de los servicios de salud mental? En *Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/el-proceso-de-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-obstaculos-y-desafios-que-dicen-los-usuarios-de-servicios-de-salud-mental/>
- Sabin Paz, M., Ribeiro Mieres, S., Díaz Jimenez, M., y Giglia, L. (2015). El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios. En Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Derechos humanos en Argentina. Informe 2015* (pp. 467-518). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Zaldúa, G., Lodieu, M., y Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172.

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2019

Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2019