



1. Información sobre salud mental en la provincia

1.1. Deficiencia en la información pública y construcción de datos por parte de los organismos de control

Una de las funciones del Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la ley nacional de salud mental (en adelante LNSM) es la construcción de información³. Sin embargo, hace por lo menos cuatro años que no se publican datos centralizados y fehacientes relativos a la salud mental en la provincia de Buenos Aires.

Frente a la deficiente presencia del Estado provincial en la construcción y centralización de información, los organismos de control nos abocamos a la tarea de relevar datos fundamentales para pensar la salud mental provincial, bajo la convicción de que no hay forma de planificar y ejecutar una política pública sin datos. Frente a la evidente desidia de la autoridad de aplicación, iniciamos esta tarea remarcando que se estaba supliendo una función del Ministerio de Salud y la gravedad que esto implicaba.

Desde la CPM se relevan y sistematizan datos desde hace tres años a través del pedido individual a cada hospital, tanto monovalente como especializado, para conocer dimensiones básicas sobre la población internada. Por otro lado, en el 2017 se inició un proceso para la obtención de información en sintonía con la LNSM desde el comité de monitoreo y seguimiento (CMS) del Órgano de Revisión Local de la ley de salud mental (ORL)⁴. Este proceso incluyó la construcción de un instrumento de recolección de datos, reuniones entre las autoridades de los monovalentes, los integrantes del ORL y el Ministerio de Salud con el objetivo de clarificar los criterios y el análisis de los datos enviados. En esta instancia se apuntó a reforzar la importancia de la producción de información de calidad para la evaluación de decisiones específicas y de políticas públicas generales. Hay una responsabilidad primaria de los hospitales en la cadena de generación de datos fiables, por eso se apuntó a conocer

3 Artículo 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

4 Desde el ORL se constituyeron comisiones de trabajo. Una de ellas es el Comité de Monitoreo y Seguimiento (CMS). En el 2019 estuvo conformado por integrantes de la Secretaría Ejecutiva del ORL, programa de Salud Mental de la CPM, Colegio de Psicólogos y Psicólogas, Observatorio Social Legislativo y Movimiento por la desmanicomialización en Romero (MDR).

cuáles son las limitaciones con las que se encuentran (técnicas, de recursos). Sin embargo, también es fundamental la existencia de un criterio unificador y transversal que debe provenir de las instancias superiores del Ministerio de Salud. Quedó en evidencia una total desarticulación a nivel provincial: cada hospital tiene su propio sistema de registro de datos, en su mayoría obsoletos; no disponen de recursos tecnológicos que faciliten el registro sino que utilizan computadoras antiguas que no permiten exportar datos y dificultan cualquier tipo de actualización.

La autoridad de aplicación no explicitó ninguna estrategia planificada para unificar los registros con un criterio común y acorde a la ley. La desarticulación y fragmentación de información se traduce en la deficiente planificación y puesta en marcha de políticas públicas que evidenció la última gestión provincial. Los registros de los hospitales no se adecúan a los parámetros de la ley, y se debieron revisar y reafirmar cuestiones conceptuales muy básicas como, por ejemplo, la definición de internación voluntaria o involuntaria, las internaciones por razones sociales o de vivienda, externaciones y reinternaciones, entre otras.

El resultado final de este proceso de relevamiento de información fue una presentación en el último plenario intersectorial del año 2019, con la presencia de la nueva gestión, donde se esbozó un análisis sobre la situación de la salud mental en la Provincia según los datos recolectados.

Desde el CMS se obtuvieron y analizaron dos tandas de datos relativas a los monovalentes provinciales, una del período que va de julio de 2017 a julio de 2018 y otra que va de julio de 2018 al mismo mes de 2019; los datos que se expondrán son relativos a este segundo período. Por otro lado, desde la CPM se obtuvieron datos anuales que se extienden hasta el último día del 2019; esta diferencia en el corte temporal implica que algunos datos entre ambas fuentes no coinciden, sin embargo, se pueden obtener algunas aproximaciones.

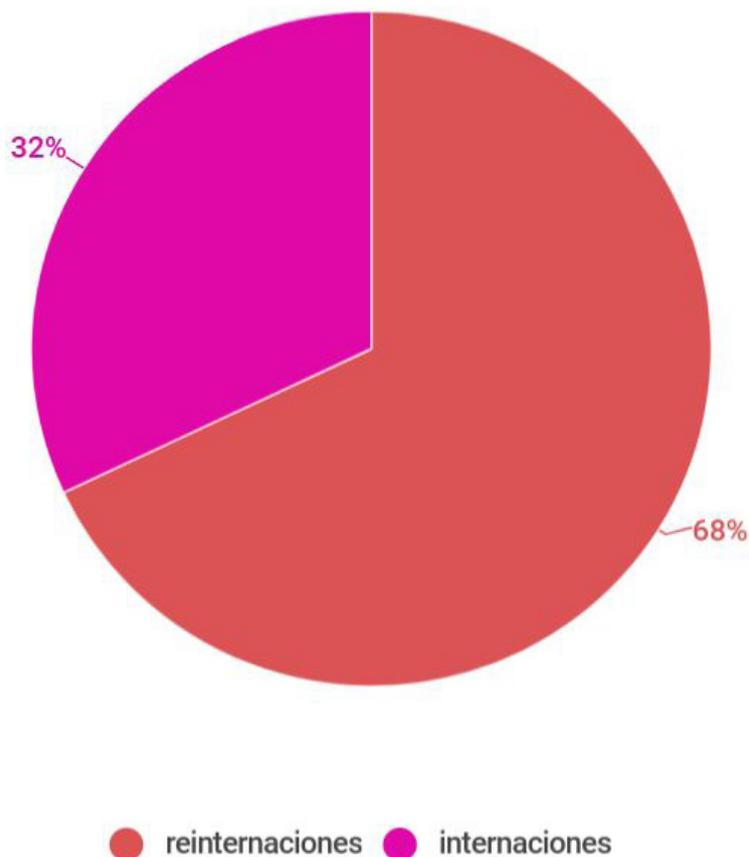
En este apartado desarrollaremos lo obtenido desde ambas fuentes de información, complementariamente, teniendo en cuenta que actualmente hay disponibilidad de información que era desconocida hasta el momento.

1.2. Ingresos a los monovalentes provinciales

En principio se relevaron varias dimensiones relativas a los ingresos a los hospitales: la cantidad total de personas internadas, la modalidad y extensión temporal de las internaciones, qué porcentaje son reinternaciones y ciertas características de la población.

Durante el 2019 el total de personas internadas en los monovalentes fue de 1.785, según lo informado por cada hospital a la CPM. Hubo una disminución de la población internada con respecto al año 2018, cuando fue de 1.844. Sin embargo, es fundamental cruzar esta lectura con otros datos como externaciones, reinternaciones, derivaciones y fallecimientos. Del total de los ingresos a los cuatro hospitales monovalentes (2.004), durante 2019, el 68% fueron reinternaciones. Como se destacó en el informe anterior con respecto al hospital Cabred, el monovalente más grande de la Provincia, se evidenció que las externaciones no son sustentables en tanto se realizan hacia un afuera que carece de redes de apoyo y dispositivos alternativos y esto redundo en un alto porcentaje de reinternaciones.

Gráfico 1. Ingreso a los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo, 2019



Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Base: 2.004 ingresos.

Otro dato importante es la modalidad de las internaciones: desde la CPM se relevó que el 82% (866) de las internaciones en los monovalentes son involuntarias y desde el CMS se relevó un dato similar. Uno de los conflictos que surgió fue en relación a las internaciones por razones sociales o de vivienda, ya que la primera tanda de datos arrojó una cantidad llamativamente alta de internaciones voluntarias. Al consultar a las autoridades de los hospitales tomamos conocimiento de que se contabilizaron como voluntarias aquellas internaciones en las que las personas permanecían en el hospital sin presentar riesgo cierto e inminente, solo por no disponer de vivienda, recursos o redes de contención en el afuera.

El criterio indiscutible para la conceptualización de una internación como voluntaria o involuntaria es la letra de la ley. Los plazos planteados en la normativa no están bajo discusión para categorizar una internación, es decir que una persona puede internarse voluntariamente pero una vez transcurridos los 60 días indicados como plazo en la ley debe darse intervención al ORL y a un juez para la consideración de esa internación como involuntaria con los requisitos y garantías que se le exigen. Todas las instituciones integrantes del CMS coincidimos en la gravedad que reviste este error de categorización: no sólo restringe el acceso del usuario a la justicia (es decir, a que un órgano judicial controle la legalidad de su internación) sino que además soslaya la responsabilidad del Estado. En este punto la ley es muy clara: si la prolongación de la internación es por problemáticas sociales, el juez debe ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión de la persona en programas

sociales y dispositivos específicos y su externación a la brevedad. Para garantizar los derechos de estas personas se debe dar intervención a diferentes subsectores del Estado, de ahí la gravedad de cambiar el concepto de la internación de “razones sociales” a “voluntaria”, ya que redundaría en la violación de derechos fundamentales de usuarios y usuarias.

Una persona institucionalizada hace años a la que se le pregunta si *quiere* seguir permaneciendo en el hospital no puede contabilizarse como una internación voluntaria, máxime cuando la otra opción es un exterior sin redes y sin apoyo del Estado. Un manicomio nunca puede ser el lugar que se le dé a *elegir* para pasar el resto de su vida.

Otra de las dimensiones relevadas fue el tiempo de internación, teniendo en cuenta lo que plantea la ley en relación a que la internación sea lo más breve posible en tanto recurso terapéutico restrictivo. Con respecto a esto se relevó:

Tabla 1. Cantidad de usuarios por tiempo de internación según hospital, año 2019.

Tiempo de internación	Cabred		Esteves		Taraborelli		Korn	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
1 mes a 1 año	269	36%	188	31%	15	41%	82	18%
1 año a 3 años	143	19%	67	11%	2	5%	19	4%
más de 3 años	329	44%	354	58%	20	54%	348	78%
Total	741	100%	609	100%	37	100%	449	100%

Fuente: CPM en base a información remitida por los hospitales monovalentes al CMS del ORL de la provincia de Buenos Aires.

Como conclusión podemos decir que, de la totalidad de la población internada en los cuatro monovalentes, el 69% permanece internado por más de un año y el 57% por más de 3 años, es decir que más de la mitad de los usuarios y usuarias atraviesa internaciones prolongadas; el hospital A. Korn es el que tiene el mayor porcentaje de internaciones prolongadas, en tanto el 82% se encontraba internado por más de un año.

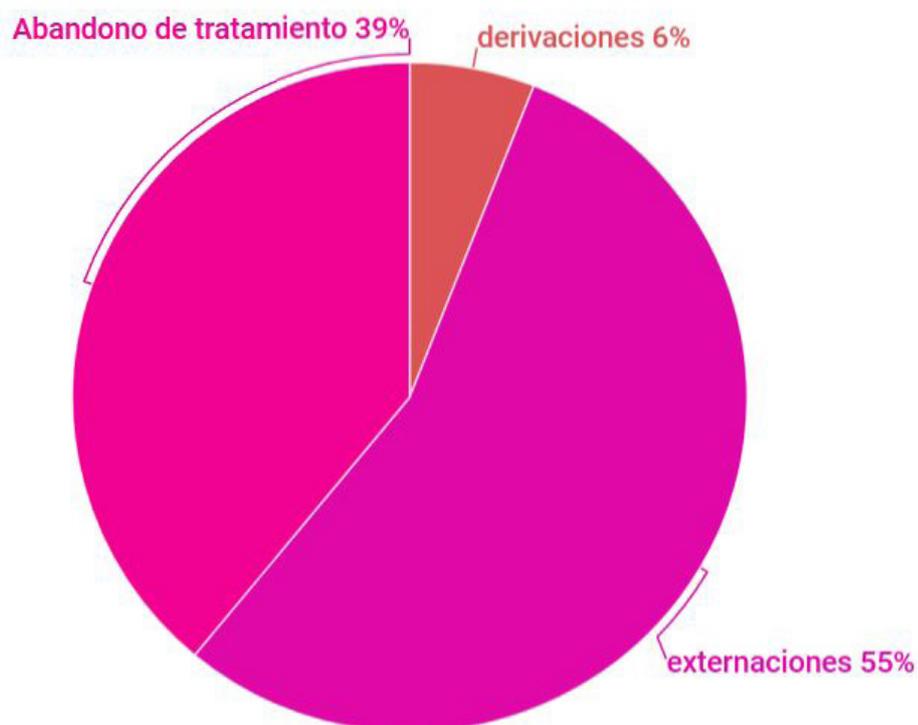
Por último, desde la CPM se relevó el rango etario de la población internada en 2019. Se observa que el 71 % de la población tiene entre 30 y 64 años. En el hospital Cabred, el 61% de los usuarios alojados tiene entre 30 y 54 años, y en el Esteves (único monovalente que aloja exclusivamente a mujeres) el 58% de las usuarias tiene entre 45 y 69 años. Vemos que las mujeres internadas tienden a ser mayores en edad que la población masculina. En el hospital Taraborelli casi la mitad de los usuarios (47%) tiene menos de 40 años, y es el hospital que aloja a población más joven en términos proporcionales: en dicha franja, Cabred presenta 30%, Korn 16% y Esteves 14%.

1.3. Egresos de los monovalentes provinciales

En otro orden se relevaron dimensiones vinculadas a todos los egresos de los monovalentes: las externaciones y también otros movimientos que signifiquen la salida del hospital, como abandono del tratamiento o derivaciones a otras instituciones. A los egresos mencionados se suma el número de fallecidos para contemplar la reducción de la población internada.

Del total de los egresos de los monovalentes provinciales (1.886), más de la mitad se deben a externaciones. Si se cruza este dato con el elevado porcentaje de reinternaciones se evidencia que esas externaciones no son sustentables porque una alta proporción de esas personas que egresan vuelven al hospital. También se relevó que muchas de las externaciones no implican que el usuario o usuaria atraviese por un proceso de externación. Este fue otro punto problemático en el proceso de relevamiento de datos realizado por el CMS, en tanto hubo varias instancias en las que se tuvo que aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de externación y que la inclusión aislada de una persona internada en un taller bajo ningún punto puede concebirse como un proceso de externación. Cuando se habla de este proceso se hace referencia a una estrategia planificada que apunte a la deconstrucción de lógicas manicomiales arraigadas en los sujetos y a la construcción de redes con el contexto comunitario: el afuera al que va a arribar la persona externada. Ese afuera debe concebirse constituido por los apoyos que cada persona va a necesitar: contención vincular, inclusión en dispositivos comunitarios alternativos al manicomio, garantía de la medicación necesaria para el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio si así lo requiere, acceso a subsidios becas u otros programas que ayuden al sustento económico.

Gráfico 2. Egresos de los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según motivo, 2019 (valores porcentuales).



Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Base: 1.886 egresos.

Estas son las posibles vías de salida de un monovalente público: la externación, la derivación o el abandono de tratamiento que adquieren características particulares al interior de cada hospital.

Tabla 2. Externaciones, abandono de tratamiento, derivaciones a otras instituciones y total de egresos, por hospital, 2019 (valores porcentuales)

Egreso	Cabred	Estévez	Taraborelli	Korn	Total
Externación	33%	79%	68%	76%	55%
Abandono de tratamiento	62%	17%	21%	16%	39%
Derivación	5%	4%	11%	9%	6%

Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Total egresos: 1.886.

Del total de egresos de los cuatro hospitales durante 2019, el 55% (1.040) fue a través de externaciones. Ese porcentaje varía al interior de cada uno, por ejemplo, en el Cabred solamente el 33% fue externado, ya que la mayoría (62%) egresó por abandonar el tratamiento. En el informe anual anterior se expusieron las serias deficiencias del servicio de rehabilitación y externación asistida de este hospital, donde la falta de recursos humanos era un indicio de que no se priorizaba la externación en el monovalente más grande de la Provincia.

Otra de las dimensiones relevadas desde el CMS fue la inclusión de usuarios y usuarias en dispositivos de externación siendo beneficiarios/as de subsidios, becas u otros programas que son fundamentales en ese momento.

Tabla 3. Cantidad de usuarios y usuarias según estado de situación por cada hospital, año 2019.

	Cabred	Esteves	Taraborelli	Korn	Total	% sobre total de usuarios
Incluidos/as en dispositivos de externación	200	105	0	113	508	29%
En lista de espera para incorporarse a dispositivos de externación	29	31	0	48	108	6%
Con beneficio SUPEBA	69	38	5	69	181	10%
En condiciones de recibir beneficio SUPEBA pero al momento no lo reciben	1	72	20	50	143	8%
Becas, programas u otros ingresos	271	0	24	0	295	17%

Fuente: CPM en base a información remitida por los hospitales monovalentes al CMS del ORL de la provincia de Buenos Aires.

Del total de usuarios internados hasta junio de 2019, solo el 29% se encontraba incluido en un dispositivo de externación, un porcentaje bajo si se piensa que el objetivo debería ser la externación.

Es muy bajo el porcentaje de personas internadas que reciben el beneficio SUPEBA⁵ o algún otro tipo de ingreso, fundamentales para el sostenimiento de la externación y que la persona tenga condiciones de vida dignas. Llamaron la atención los datos del hospital Taraborelli informando que ningún usuario está incluido en dispositivos de externación, y el hospital Esteves que informó que ninguna usuaria recibe becas, programas u otros ingresos.

A un año de haberse cumplido el plazo establecido por la ley y el decreto reglamentario para la transformación, sustitución y cierre de los monovalentes, hay nuevamente una gran falencia en términos de externaciones. Si bien cada hospital tiene una política institucional propia, no se evidencia una política pública general en salud mental que priorice las dimensiones necesarias para cumplir con este plazo. No sólo no se han fortalecido los dispositivos alternativos existentes y prácticamente no se han creado nuevos, sino que además hay una inacción con respecto a la población internada por razones sociales o de vivienda que constituye un porcentaje significativo de la población que podría ser des institucionalizada. Según se relevó en el CMS, hay un 17% de usuarios y usuarias que se encuentran en los hospitales por falta de recursos económicos para afrontar la externación y casi el 70% de la población internada carece de vivienda en el afuera.

No es posible pensar en la transformación, sustitución y cierre de los manicomios y en garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental sin un Estado comprometido a priorizar el tema y tomar decisiones estructurales, más allá de lo discursivo, sosteniendo el cambio de paradigma mediante políticas públicas, saberes y prácticas (Zaldúa y otras, 2011).

1.4. Muertes en el marco de internaciones por razones de salud mental

En los últimos informes anuales se expusieron las cifras de usuarios y usuarias fallecidas en el marco de la internación, y se denunció el incumplimiento de la normativa que insta a la investigación de esas muertes y regula la forma de registrarlas. Otra deuda pendiente en relación a la construcción de información: el Ministerio de Salud bonaerense sigue desconociendo u ocultando la cantidad de personas que mueren cada año en las instituciones tercerizadas de salud mental.

Al igual que los últimos años, se obtiene información del registro de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la SCJBA a partir de las notificaciones que recibe de los juzgados intervinientes en la internación de las personas fallecidas, tanto del ámbito público como privado. Complementariamente se solicita información a los hospitales públicos y se combinan ambas fuentes para obtener una cifra de las muertes producidas en ambos subsectores. Se analizan estos datos destacando, una vez más, la gravedad que reviste la ausencia de cifras oficiales.

Se contabilizaron 150 personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, en 2019. Esta es una cifra preliminar ya que -debido a la demora con la que se reciben las notificaciones de la SCJBA- se siguen sumando muertes (por ejemplo en el informe anterior se informó un total de 176 fallecimientos ocurridos en 2018 y desde entonces hasta la fecha se sumaron otros 35). Esta situación dificulta la comparación de cifras anuales.

Sin embargo, más allá de la comparación de cifras, es preocupante la falta de avance en este tema. Sigue sin darse cumplimiento a la resolución 15/2014⁶ del ORL nacional que insta a que

5 Subsidio en el marco del Subprograma de externación de salud mental bonaerense asistida, creado en 2016.

6 La resolución 15/2014 fue aprobada por el Órgano de Revisión Nacional conjuntamente con el documento anexo denominado Muertes en instituciones monovalente de salud mental.

cada muerte se investigue en plazos razonables e introduciendo el factor encierro como potencial determinante del fallecimiento. Dicha resolución también insta a que se indaguen las acciones y omisiones vinculadas a las condiciones de internación según el Protocolo de Estambul de la ONU. Para iniciar con el análisis, del total de muertes contabilizadas el 59% fueron hombres y el 41% mujeres. Con respecto a la edad, más de la mitad tenía entre 40 y 69 años. Si comparamos los datos correspondientes a los años 2017, 2018 y 2019 en términos porcentuales vemos que la incidencia del rango 50-59 presenta un descenso continuo mientras que el rango 60-69 hace lo contrario, sube año a año. Se observa la misma tendencia en el caso de los rangos 70-79 y 90 o más. Es decir que habría aumentado la incidencia de las muertes de personas de mayor edad⁷.

Tabla 4. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2019

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
19-29	6	4,1%
30-39	7	4,8%
40-49	13	8,9%
50-59	22	15,1%
60-69	43	29,5%
70-79	33	22,6%
80-89	13	8,9%
90 o más	9	6,1%
Total	146	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 146 casos con dato de edad (97% del total).

Si analizamos la distribución de las muertes según el tipo de institución en el que se produjeron, se desprende que el 59% se produjeron en instituciones del sector público y el 39% en el subsector privado⁸. La mayor cantidad se concentra en los hospitales públicos monovalentes y especializados, representando el 51%.

⁷ Hay que tener en cuenta que entre las notificaciones recibidas se encuentran las muertes de adultos mayores institucionalizados en geriátricos de la provincia. Por lo cual el porcentaje de rangos etarios altos disminuye si se excluye del cálculo a este tipo de instituciones.

⁸ En tres casos se desconoce el lugar de fallecimiento. Es esperable que se incremente la proporción de muertes en ámbitos privados a medida que se remitan las notificaciones de la SCJBA, considerando la demora de cada año.

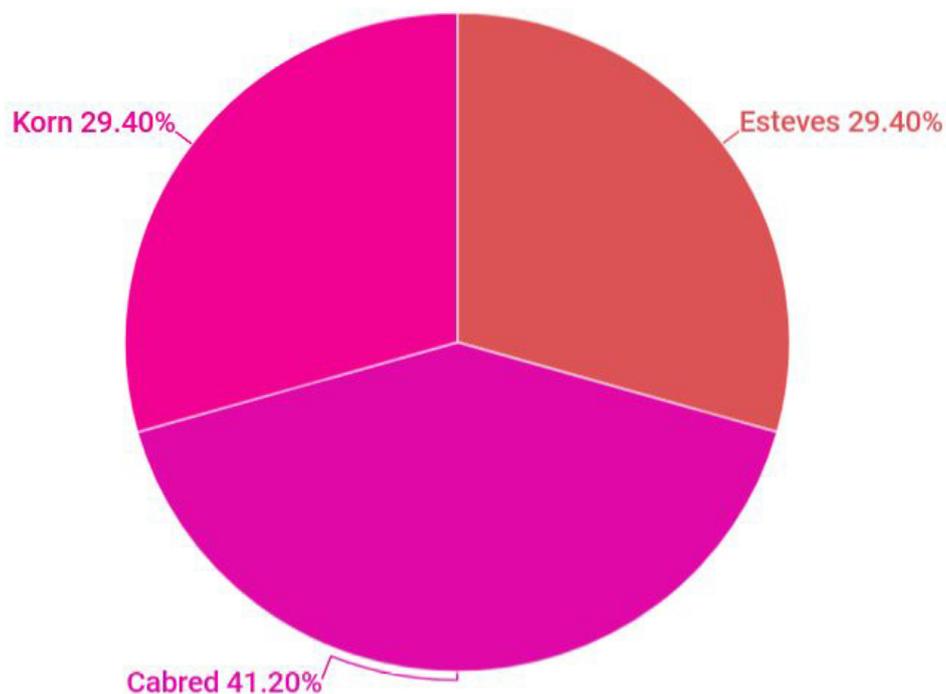
Tabla 5. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2019

Tipo de institución	Cantidad	Porcentaje
Monovalente público	75	51%
Monovalente privado	32	22%
Geriátrico privado	22	15%
Polivalente privado	4	3%
Geriátrico público	5	3%
Especializado público nacional	8	5%
Comunidad terapéutica privada	1	1%
Total	147	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 147 casos. Base: 147 casos con dato de lugar de muerte. La categoría “monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Desagregando los cuatro monovalentes provinciales se contabilizan 68 fallecimientos, que representan el 45% del total. Murieron 39 hombres y 29 mujeres y el 34% era menor a 60 años. El gráfico muestra la distribución en tres de los monovalentes ya que en el hospital Taraborelli no se registraron fallecimientos y se destaca que, al igual que en el 2018, el hospital Cabred es el que registra mayor cantidad de muertes.

Gráfico 3. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, según lugar de internación, provincia de Buenos Aires, 2019 (valores absolutos y porcentuales).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 68 casos.

Este año se adicionaron como dimensión de análisis las regiones sanitarias de origen de las personas internadas y aquellas regiones en las que se produjo la muerte. Se observa que el 39% se produjo en la región VII, seguida por la XI con el 23% de los casos y luego la VI con el 18%. Este dato es fundamental cuando hablamos de abordaje comunitario: el objetivo es analizar si las personas deben internarse y en el peor de los casos morir lejos de su comunidad, o directamente en otra región sanitaria, por la falta de dispositivos en la propia zona de origen.

Tabla 6. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según región sanitaria de la institución, provincia de Buenos Aires, 2019

Región Sanitaria	Cantidad	Porcentaje
Región VII	57	39%
Región XI	33	23%
Región VI	27	18%
Región V	17	12%
Región IV	6	4%
Región III	2	1%
Región XII	2	1%
Región II	1	1%
Región X	1	1%
Total	146	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 146 casos en los que se conoce el lugar de muerte.

La causa de muerte sigue siendo una falencia en los registros. Tal como se expresó en informes anteriores, en términos generales se incumple con lo normado por la resolución 1825 del Ministerio de Salud respecto a la confección de certificados de defunción. Esta normativa apunta a regular la confección con un criterio uniforme a través de un manual que responde al modelo internacional promovido por la OMS, indicando que debe iniciarse por la causa inmediata, a continuación las intermedias y en último lugar la causa inicial o fundamental (causa originaria de la cadena causal). Sin embargo, en las instancias compartidas con las autoridades de los monovalentes desde el CMS, se constató que cada hospital tiene un registro propio. Se decidió ampliar la solicitud de información con respecto a este punto con el objetivo de conocer el proceso que se da una vez producida la muerte.

Está suficientemente difundido que no deben registrarse como causas a los modos de morir que son inespecíficos en tanto no dicen nada sobre las causas del fallecimiento (ejemplo: paro cardio-respiratorio); sin embargo, se reitera esta irregularidad. En el 36% de los fallecimientos se registraron este tipo de causas y en un 7,3% directamente no hay datos sobre la causa de muerte.

Tabla 7. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2019

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problemas de salud	77	51%
Sin especificar ⁹	54	36%
Sin dato ¹⁰	11	7%
Bronco aspiración	4	3%
Otra	4	3%
Total	150	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 150 casos. En “otra” se considera accidente en la vía pública e incendio.

Esta falencia es mayor en los fallecimientos ocurridos en establecimientos privados (62), de los cuales en el 60% de los casos no se especifica la causa de muerte.

Tabla 8. Causa de muerte informada de las personas fallecidas en el marco de internación por razones de salud mental, según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2019 (valores nominales y porcentuales).

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	54	23	77
	61%	37%	
Sin especificar	17	37	54
	19%	60%	
Sin dato	9	2	11
	10%	3%	
Bronco aspiración	4	0	4
	5%	0%	
Otras	4	0	4
	5%	0%	
Total	88	62	150

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 150 casos.

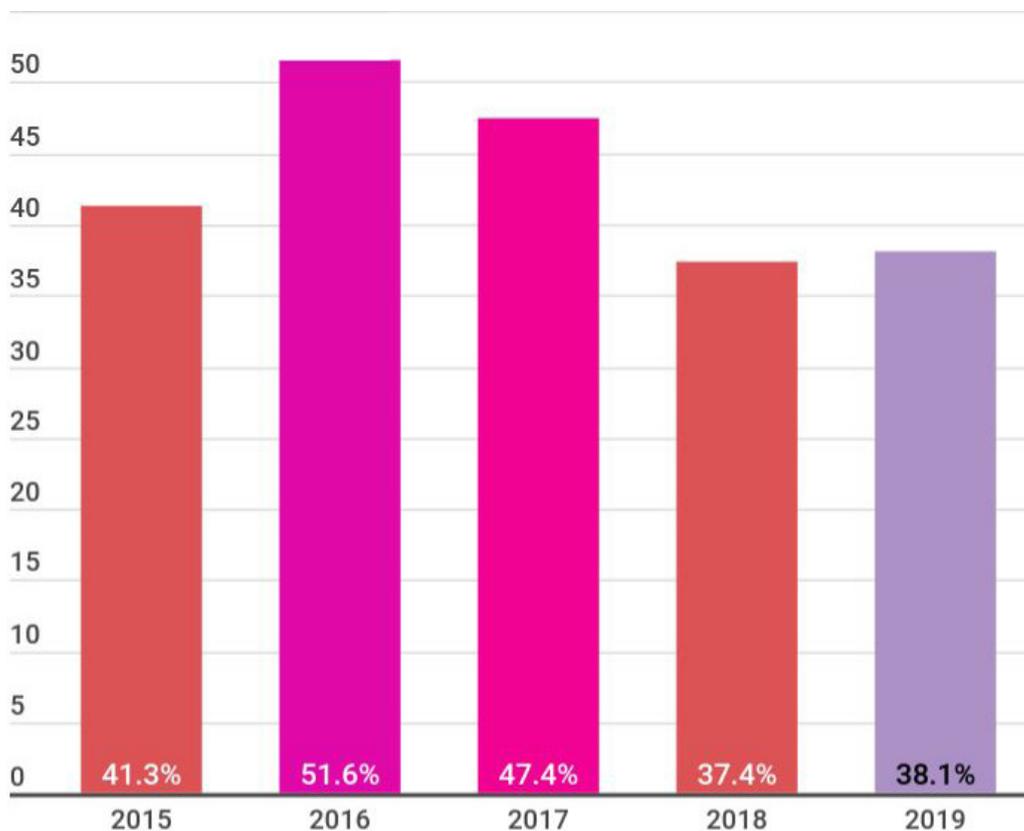
Una lectura horizontal de este cruce de variables muestra que el 70 % de las muertes por problemas

9 Se consigna “sin especificar” cuando la fuente refiere a las causas inmediatas de la muerte, paro cardio-respiratorio, muerte súbita, etc.

10 “Sin dato” se utiliza cuando no existe comunicación oficial sobre la causa de muerte.

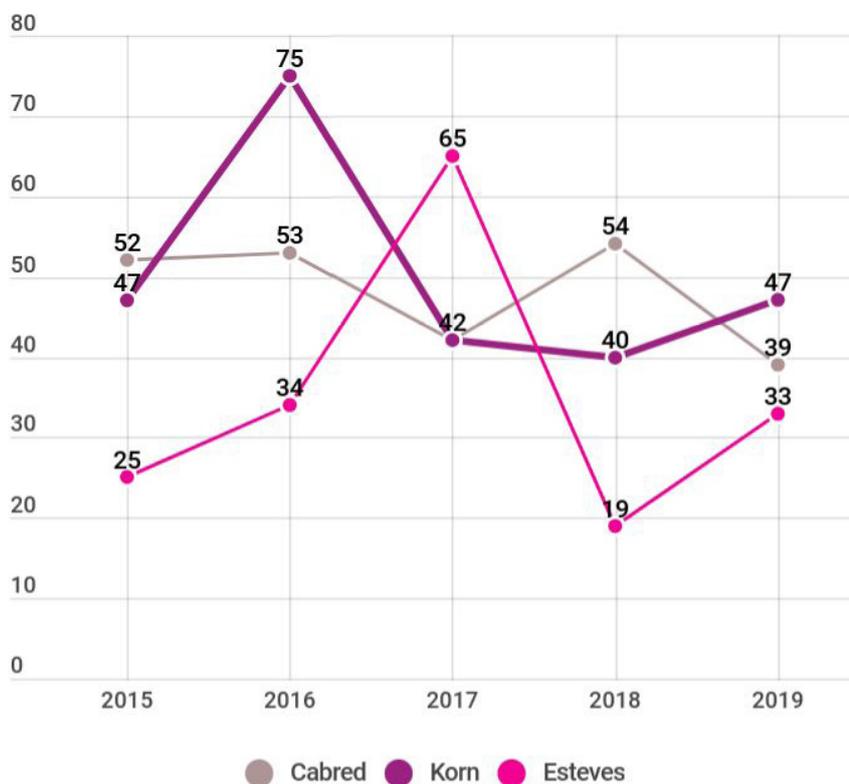
de salud (cuadros clínicos que se agravan o son desatendidos y llevan a la muerte) ocurren en el sector público. Cada año es una constante la falta de información relativa al subsector privado y el 2019 no fue la excepción. En el proceso de relevamiento de información del CMS se registraron los fallecimientos ocurridos en los monovalentes provinciales. Este fue otro punto problemático que llevó a una ampliación de la solicitud de información, en tanto se encontraron registros de causas de muerte totalmente irregulares (por ejemplo, se informó como causa de muerte “hipotiroidismo”). El registro de las causas de muerte es fundamental para la investigación de cada fallecimiento. Sería uno de los elementos a tener en cuenta para ponderar la incidencia de determinados factores institucionales vinculados a condiciones materiales de internación, modalidad de abordaje, régimen de vida, falta de atención médica, entre otros.

Gráfico 4. Tasa de muerte en los 4 hospitales monovalentes de salud mental, provincia de Buenos Aires 2015-2019 (cada mil personas internadas).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 5. Tasas comparadas de muertes en tres hospitales monovalentes de salud mental, provincia de Buenos Aires, 2015-2019 (cada mil personas internadas).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

Vemos que hay una variación significativa respecto de las tasas de muerte en cada hospital (excepto en el Taraborelli): de un año a otro la cantidad de personas fallecidas aumenta o disminuye de manera extrema. No se puede analizar esta intermitencia aisladamente: es fundamental considerar la muerte en un monovalente como el final de un proceso en el que tienen clara incidencia las condiciones materiales e higiénicas de alojamiento, la desatención de cuadro clínicos (sea por falta de personal, de recursos o por descreer de la palabra del usuario o usuaria cuando comunica síntomas), el régimen de vida, entre otras dimensiones que hacen a la vida adentro del manicomio.