



Artículo de actualización

Repercusiones de la COVID-19 en la Internación Psiquiátrica en América Latina y el Caribe

Sara Ardila-Gómez^{a,*}, Marina Fernández^a, Andrés Matkovich^b, Melina Rosales^a, Rocío Alonso^c, Martín Agrest^d, Julia Paternina^a y Alberto Velzi Díaz^b

^a Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

^b Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

^c Red Investigaciones en Salud Mental, Buenos Aires, Argentina

^d Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2020

Aceptado el 29 de mayo de 2021

On-line el 17 de junio de 2021

Palabras clave:

Infecciones por coronavirus

Servicios de salud mental

Hospitalización

Hospitales psiquiátricos

Hospitales generales

R E S U M E N

Objetivo: Caracterizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en las internaciones psiquiátricas en la región de América Latina y el Caribe.

Métodos: Estudio descriptivo. Se realizaron 85 entrevistas semiestructuradas con trabajadores de hospitales generales (HG) y hospitales especializados (HE) en salud mental en 18 países de la región de América Latina y el Caribe entre el 8 de mayo y el 30 de junio de 2020. Los datos se analizaron cuantitativa y cualitativamente.

Resultados: Se reporta una disminución inicial en la demanda de internación, atribuida al temor de la población a acercarse a los servicios, así como a restricciones en la movilidad. Se indican criterios más estrictos para internar con una doble focalización de lo agudo dentro de lo agudo. Los tiempos de internación presentaron un comportamiento mixto, tanto de aumento como de disminución en HG y en HE. La oferta terapéutica durante la internación se vio drásticamente reducida, y se restringió la interacción de las personas internadas con sus redes de apoyo.

Conclusiones: La internación pareciera estar siendo no la última, sino la única alternativa de tratamiento psiquiátrico en el contexto de la pandemia. La reducción de camas en los HE podría ser un aspecto positivo para la reforma de la atención, pero es puesto en duda, ya que dicha reducción también se produce en los HG.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saraardi.cursos@gmail.com (S. Ardila-Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.004>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Repercussions of COVID-19 on psychiatric inpatient care in Latin America and the Caribbean

A B S T R A C T

Keywords:

Coronavirus infections
Mental health services
Hospitalisation
General hospitals
Psychiatric hospitals

Objective: To characterise the impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric hospitalisations in the Latin American and Caribbean (LAC) region.

Methods: Descriptive study. 85 semi-structured interviews were conducted with health workers involved with psychiatric hospitalisations in general hospitals (GHs) and specialised psychiatric hospitals (SHs) from 18 LAC countries. The interviews were done between 8 May and 30 June 2020. The data were analysed quantitatively and qualitatively.

Results: An initial decrease in the demand for hospitalisation is reported, attributed to the population's fear of approaching health services as well as restrictions on mobility. Stricter criteria for hospitalisation were reported with a double focus on the acute within the acute. The length of hospitalisations were mixed, with both increases and decreases in GHs and SHs. The therapeutic offer was drastically reduced, and interaction between hospitalised people and their support networks was restricted.

Conclusions: In the COVID-19 context, hospitalisation seems to be not the last but the only alternative for psychiatric treatment. The decrease in the number of beds in SHs could be a positive aspect for the reform of psychiatric care, but it is questioned since this reduction also occurs in GHs.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una reorganización de los servicios de salud. Ello, unido a las medidas preventivas de restricción de circulación de las personas, ha impactado en la atención de los trastornos de salud no directamente relacionados con la COVID-19¹. La OMS indica que la afectación en la provisión de otros servicios esenciales acarrea el riesgo de retrocesos importantes en salud y que es esperable un impacto negativo mayor en los grupos vulnerables de la población².

Uno de dichos grupos vulnerables es el de las personas con problemas de salud mental que requieren internaciones para tratar la crisis. En el mundo y la región de América Latina y el Caribe (ALC), la internación psiquiátrica sigue concentrándose en los hospitales psiquiátricos (HP), pese a que desde hace 3 décadas las políticas y la legislación en salud mental insisten en que las internaciones deben realizarse en hospitales generales (HG)³, que una red de servicios de base comunitaria debe sustituir definitivamente a los HP y que se persigue la meta de «un continente sin manicomios en 2020»⁴.

Específicamente, datos recientes de la región de las Américas muestran que la mayoría de las camas para internación psiquiátrica siguen concentradas en HP, con una mediana para la región de 16,7 camas cada 100.000 habitantes, comparado con una mediana de camas para internación psiquiátrica en HG de 2,9/100.000 hab.⁵. La situación ya era preocupante antes de la pandemia, y los pasos hacia el objetivo del cierre de los manicomios estaban demorados.

En este escenario de transición en la reforma de la atención psiquiátrica, la pandemia trae a los servicios de internación y a la red de servicios de salud mental una serie de dificultades,

por las características de los servicios y de la población a la que atienden.

Los HP han generado preocupación por su vulnerabilidad para la rápida propagación de la COVID-19 debido a las condiciones habitacionales de tales instituciones, en algunos casos con hacinamiento, y de los factores de riesgo de la población internada allí prolongadamente en términos de edad y comorbilidades. Los HP comparten estas características en mayor o menor medida con otros lugares que también han generado alarma, como los hogares geriátricos y las cárceles. En Bélgica, España, Estados Unidos y Argentina, un porcentaje significativo de las muertes por COVID-19 han ocurrido en hogares geriátricos⁶⁻¹⁰. También se han reportado brotes en prisiones¹¹. China, Corea del Sur, México y Bolivia han reportado brotes de COVID-19 en algunos de sus HP¹²⁻¹⁵.

Por otro lado, los HG focalizaron su trabajo, al menos al inicio de la pandemia, en la atención de la COVID-19. Globalmente, gran parte de la infraestructura hospitalaria se orientó a la atención de la pandemia, y muchos HG se reconvirtieron en hospitales «especializados» en COVID-19. En Italia, por ejemplo, donde la internación psiquiátrica solo se realiza en HG, se observó una reducción en el tamaño de las unidades psiquiátricas, por disminución en el personal y por la asignación de camas a pacientes con COVID-19¹⁶. También, y en términos generales, la encuesta *Pulse* de la OMS indicó que un 61% de los países que respondieron informaron alteraciones en la provisión de servicios de salud mental, que en un 3% eran graves o totales².

A partir de lo anterior, resulta necesario identificar los efectos de la pandemia en las internaciones psiquiátricas tanto en HG como en HP en la región de ALC, siendo el supuesto de partida que la pandemia endureció las barreras para la concreción

de internaciones psiquiátricas, más marcadamente en HG que en HP.

Material y métodos

Con el objetivo de caracterizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la provisión de servicios de salud mental en la región de ALC, se realizó un estudio descriptivo, cuyo trabajo de campo se efectuó en los meses de mayo y junio de 2020. En este trabajo se focaliza en los resultados sobre la internación psiquiátrica en HG y HP, aunque en el estudio más amplio se indagó por otro tipo de servicios de salud mental tales como servicios de rehabilitación, de consulta externa y del primer nivel de atención.

El muestreo fue intencional, por bola de nieve¹⁷. El muestreo se inició identificando a un potencial entrevistado para cada uno de los países de la región que cumpliera con los criterios de selección: trabajar en gestión, provisión de servicios o docencia e investigación en relación con un servicio de salud mental del primer nivel de atención, consulta externa, rehabilitación, HG u HP. De este modo, la unidad de muestreo fueron los trabajadores de salud mental. En cada uno de los países se procuró entrevistar al menos a 1 informante por tipo de servicio, y se privilegió el muestreo en las ciudades capitales y sus áreas metropolitanas, por ser las que contabilizaban mayor número de casos de COVID-19 al momento del estudio. En Ecuador, donde el epicentro estuvo inicialmente en la ciudad de Guayaquil, se procuró establecer contactos también en dicha ciudad. Después de contactar con el primer informante clave por país, se le preguntaba si podría proveer otros contactos en el país o en la región que estuviesen vinculados por su trabajo a servicios de salud mental. También se indagó en las páginas de internet de las asociaciones y colegios de psiquiatras y de psicólogos de la región a fin de identificar contactos. A su vez, se solicitaron contactos a personas vinculadas a organismos internacionales que trabajaran en la región en temas de salud mental. A cada potencial entrevistado se le contactaba 2 veces, y en caso de no responder se retornaba al contacto anterior a fin de continuar con la cadena de contactos. La tasa de respuesta estimada fue del 70%.

El tamaño y la distribución final de las entrevistas realizadas por país y tipo de servicio estaba determinado por el tiempo establecido para el estudio, que se limitó a 2 meses, dadas la celeridad con que cambiaba el contexto de la pandemia y las medidas de prevención contra el contagio adoptadas por los gobiernos. Se procuró realizar entrevistas en todos los países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe Hispano, pero no fue posible establecer contactos en República Dominicana y Puerto Rico.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada específica por tipo de servicio. Llevaron a cabo las entrevistas 6 integrantes del equipo de investigación, todos profesionales de salud mental, y la asignación del entrevistador fue según se pudiera coordinar horarios con el entrevistado. Específicamente para las entrevistas de Brasil, se ofreció la opción de hacerlas en portugués, inglés o español, según preferencia del entrevistado, y en tales casos se asignaron las entrevistas a los integrantes del equipo con dominio de tales idiomas.

La entrevista constaba de preguntas cerradas y abiertas e indagaba por: impacto de la pandemia en la atención (demanda, oferta y organización del trabajo); impacto subjetivo en los trabajadores de los servicios por cambios en su trabajo; acceso a elementos de protección personal y a capacitación, y perspectiva sobre el impacto de la pandemia en la reforma psiquiátrica. Aquí se presentan los resultados referidos al impacto de la pandemia en la atención. La entrevista tuvo una duración de 30-45 minutos, y se realizó por videollamada. Cuando esto no era posible, se respondía completando un formulario electrónico. Los entrevistados dieron su consentimiento para la realización de la entrevista y se guardó confidencialidad sobre sus datos de identificación y el de las instituciones sobre las que informaban. El protocolo fue evaluado por un comité de ética.

El análisis fue cuantitativo descriptivo para las preguntas cerradas. Para las preguntas abiertas fue cualitativo, se tomaron como temas macro las preguntas de las entrevistas y se realizó una categorización por duplas de investigadores, y después se discutieron con el equipo ampliado. Dado el mayor número de entrevistas de Argentina, se realizó un análisis separado para establecer si había diferencias y su potencial peso en el análisis comparado entre países, pero no se encontraron diferencias significativas.

Resultados

Específicamente 85 de las entrevistas realizadas en el estudio general corresponden a servicios de internación psiquiátrica, distribuidos en 18 países de la región de ALC: 42 de hospitales y clínicas psiquiátricas y 43 de HG. De las entrevistas de HP, el 20% (n=8) corresponde al sector de urgencias o guardia, y en las de HG, el 30% (n=13). Respecto a la distribución de las entrevistas, en 14 países se realizaron menos de 5 entrevistas; en 3 países, 6-10 entrevistas, y en 1 país, más de 10. La [figura 1](#) indica la distribución por países según respuestas por tipo de servicio.

Cabe señalar que durante el periodo del estudio la mayoría de los países incluidos tenían vigentes medidas de aislamiento social estrictas, a excepción de Nicaragua, Costa Rica y Uruguay¹⁸. También, al inicio del estudio, 11 de los 18 países incluidos tenían una tasa de mortalidad por COVID-19 inferior a 1/100.000 hab. y al finalizar el estudio, solo 5 mantenían tasas < 1/100.000 hab., según datos oficiales de cada país.

Los entrevistados fueron en un 52% médicos psiquiatras, en un 33% psicólogos, un 7% trabajadores sociales, y el restante 8% pertenecía a otras profesiones. Un 88% de los entrevistados trabajaban en provisión directa de servicios.

A continuación se presentan los resultados correspondientes a HG y HP. Los resultados cuantitativos no incluyen los servicios de urgencias/guardia, ya que las preguntas cerradas de la entrevista fueron diferentes para este tipo de servicios dadas sus características específicas. Por ello, las respuestas cuantitativas corresponden a 37 entrevistas para HP y a 30 para HG. Los resultados cualitativos analizan la totalidad de las entrevistas y se organizan según las áreas de indagación de la entrevista respecto a la atención: cambios en la demanda, en los procesos de atención y en la estructura de los servicios.



Figura 1 – Distribución de entrevistas realizadas por tipo de servicio.

Internación en hospitales y clínicas psiquiátricas

Cambios en la demanda

El 66% de los entrevistados señalaron una disminución en la demanda de internación, aunque con variaciones a lo largo del tiempo desde el comienzo de la pandemia. El menor flujo de personas para concretar una internación en los HP se atribuyó principalmente a las medidas preventivas de restricciones a la movilidad y el temor de la población al contagio. Posteriormente, se registró un aumento, por recibir situaciones de crisis más complejas que las habituales producto de la interrupción del funcionamiento de servicios ambulatorios, como de otros servicios con internación. Esto también lo expresa el personal de los servicios de urgencias de estos hospitales que, además, destacan recibir la demanda de internación no atendida por los HG. Una entrevistada señaló: «... como las otras unidades específicas de salud han disminuido los horarios o se han suspendido, estamos atendiendo casos graves que llegan que son prácticamente para internación, descompensaciones de pacientes ya conocidos, descompensaciones, agudizaciones de pacientes crónicos (...) casos que ameritan una atención importante porque no han consultado en las últimas semanas porque no han podido acceder a servicios de salud o no han podido retirar los medicamentos» (Paraguay).

Cambios en los procesos de atención

El 68% de los entrevistados expresó mayores dificultades para concretar una internación. Señalaron también que los criterios de internación son más estrictos, debido al riesgo de contagio para las personas internadas quienes, en general, son adultos mayores y/o tienen comorbilidades. En algunos hospitales, el hacinamiento agrava la situación. Por ejemplo: «tenemos una población mayor, que tiene muchas

comorbilidades de las que son bien carne de cañón para el COVID. Además vive en hacinamiento» (Argentina), y «se está intentando a toda costa evitar los ingresos para minimizar el riesgo de contagio» (Honduras).

Los recursos terapéuticos durante la internación se redujeron, e incluso se limitaron los exámenes diagnósticos complementarios. Como señaló un entrevistado: «no hay actividades de recreación ni de terapia ocupacional, por lo que los usuarios están todo el día encerrados sin realizar nada más que ver televisión» (Perú).

Por otro lado, el 92% de los entrevistados refirieron disminución del contacto entre las personas internadas y sus vínculos de apoyo, y como estrategia para reducir este distanciamiento, un mayor uso de llamadas telefónicas y videollamadas, aspecto valorado positivamente por algunos entrevistados. Por ejemplo: «Hoy no les queda otra que habilitarlo [el vínculo telefónico], incluso se armaron grupos de whatsapp con familiares, el jefe de la sala y los enfermeros. Era impensado» (Argentina).

Respecto al vínculo entre trabajadores y personas internadas, hubo unanimidad al expresar las dificultades que trae el uso de los equipos de protección personal (EPP): «el contacto físico, el lenguaje paraverbal, son cosas muy importantes (...), la contención afectiva con los pacientes (...) todo eso se ha visto disminuido porque estamos como astronautas y lo que se ve de nosotros son solo los ojos» (Colombia); «usaba más el cuerpo de lo que pensaba. Ponía menos distancia de la que creía. Si alguien lloraba, yo hacía algo con el cuerpo. Ahora es la mirada o buscar un papel en el baño» (Argentina).

A su vez, se indicó que la duración de las internaciones ha variado: un 50% reportó que han disminuido en los casos en que las condiciones de internación y la preocupación de familiares debido al peligro de contagio, lo requerían y permitían,

y un 32% señaló que han aumentado cuando se reside lejos, sin red de apoyo y/o sin recursos para la continuidad del tratamiento. Por ejemplo: «Muchos pacientes no han podido ser dados de alta porque sus familias no han venido, al ser del interior (...) han quedado varadas muchas personas» (Bolivia). Sin embargo, en sistemas de salud organizados desde el subsidio a la demanda, o en servicios privados, se señaló como causa adicional para la prolongación de las internaciones la necesidad de equilibrio financiero de las instituciones, al bloquearse las nuevas admisiones. Esto confronta a los trabajadores con el «debate ético de entender la necesidad económica, pero también la indicación terapéutica» (Colombia).

Cambios en la estructura de los servicios

Respecto al espacio físico dentro de las instituciones, hubo reducción en la movilidad de las personas internadas (con situaciones de confinamiento en la propia sala) y en el número de camas (para aumentar el distanciamiento preventivo). Otro factor destacado fue la reducción del personal por: contagio de COVID, aislamiento preventivo, licencias por pertenecer a población de riesgo, dificultades para movilizarse debido al aislamiento y/o reorganización de servicios y pase de médicos psiquiatras a servicios clínicos. Cabe señalar que el pluriempleo en el sector salud agrava la situación. Un entrevistado comentó: «(...) hemos tenido el caso de una enfermera que dio positivo, pero ella tuvo un contacto en otra institución (...), hicimos el aislamiento de su sala, toma de muestra de todas las pacientes de esa sala, y todos los resultados han sido negativos; por suerte ella tomó todas las precauciones al momento de su guardia y de esa manera, por suerte, se evitó el contagio masivo» (Paraguay).

Internación en hospitales generales

Cambios en la demanda

La demanda de IHG tuvo similitudes con la de IHP. Al inicio de la pandemia hubo una disminución algo superior al 50%, lo cual se atribuye al temor de la población de acercarse al hospital por riesgo de contagio. Aunque algunos entrevistados plantean como hipótesis que las personas «se cuidaron más de la descompensación» (Ecuador), también coinciden en afirmar que luego la demanda aumentó, y se recibió, por un lado, a personas con ansiedad, insomnio, situaciones de violencia, consumo de alcohol, drogas y crisis de angustia debido al aislamiento, y por otro a pacientes ya en tratamiento desestabilizados por falta de acompañamiento. En algunos casos, los equipos de urgencias solicitan directamente «derivación a monovalentes, a fin de evitar contagios y no realizar ocupación de camas (...) para la atención de pacientes con COVID-19» (Argentina).

También, en algunos países, trabajadores de HG reorientaron su trabajo hacia dispositivos remotos para la atención del impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores de la salud.

Cambios en los procesos de atención

Centrados en la atención de casos COVID-19, servicios de todas las especialidades vieron alterado su proceso de atención en los HG, aunque se expresaron particularidades del área de salud mental. El 69% reportó dificultades para concretar las

internaciones, con situaciones donde internaban solo casos «hiperagudos» o «(...) se ha limitado el ingreso de estas personas por guardia y se solicita, desde el equipo de salud mental de guardia, derivación a monovalentes» (Argentina).

Si bien la reorganización del trabajo generó dificultades en la continuidad de los tratamientos por la rotación del personal y la limitación o eliminación de actividades grupales, esta reorganización también fue valorada positivamente en tanto implicó mayores esfuerzos y articulaciones con familias y otros servicios para construir alternativas a la internación o acelerar las altas.

De modo similar a los HP, un 90% de los entrevistados indicó una disminución o suspensión del contacto de personas internadas con sus vínculos de apoyo, implementando alternativas virtuales, y también destacaron las dificultades por el uso de EPP: «Se suspendieron las visitas, y creo que esto tiene y va a seguir teniendo un impacto terapéutico muy profundo. Habilitamos un teléfono para que los puedan llamar, pero claramente no es lo mismo. Los cuadros se agudizan porque no hay intercambio de afecto con familiares y amigos» (Chile).

Respecto a la duración de las internaciones, un 52% expresó una disminución de estas debido al riesgo de contagio y la limitación de la oferta terapéutica, y un 21% señaló un aumento en los tiempos de internación por el cierre de otros servicios comunitarios o por reticencia de algunas familias a recibir a su familiar. Refieren que «es difícil externarlos porque los lugares ambulatorios no están dando turnos» (Argentina), y agregan: «El tratamiento ha perdido aspectos que, para nosotros, son fundamentales. Hubo que hacer hincapié en su salud física y no en la mental, desgraciadamente» (Argentina).

Cambios en la estructura de los servicios

Para cumplir las medidas preventivas de menor circulación de personas, se implementaron diferentes estrategias de disminución de horas/días de trabajo, alternancia en turnos y por equipos para evitar contagios masivos y teletrabajo. Pese a que, en muchos casos, disminuyó la cantidad de horas de trabajo en la institución, se destaca el agotamiento y la percepción es de mayor sobrecarga.

Finalmente, hubo disminución de camas para internación por salud mental que se destinaron a casos de COVID-19 y, en muchos casos, el espacio físico de atención fue trasladado a lugares fuera del hospital. Una trabajadora de urgencias comentó que, para las consultas, «empezamos a atender en la plaza frente al hospital para evitar contagio y cuidar a los pacientes» (Argentina).

Discusión

Antes de realizar una serie de consideraciones a partir de los hallazgos sobre el impacto de la pandemia en la atención psiquiátrica, es necesario plantear algunas de las limitaciones que tuvo el presente estudio. Para empezar, el muestreo por bola de nieve no permitió contar con una distribución de la muestra que fuera representativa de los servicios de los países estudiados. Por ello, los resultados, aunque permiten obtener información valiosa, tienen la limitación de que puede contener sesgos por las características de la muestra. Por otro lado, el instrumento desarrollado *ad hoc* podría haberse fortalecido

si se hubiera complementado con ítems de instrumentos de evaluación de la calidad de servicios de uso internacional, desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, aspecto que habría permitido comparar lo hallado en pandemia con momentos previos, en particular en lo que hace a preguntas sobre estructura y procesos de atención.

Pese a las limitaciones señaladas, es posible plantear algunas cuestiones sobre lo que fueron aproximadamente los primeros 100 días de la pandemia en los servicios de internación psiquiátrica de la región.

Los resultados muestran una disminución de la demanda de IHG e IHP en todos los países al inicio de la pandemia, que se fue revirtiendo a medida que, entre otros aspectos, comenzaron a aparecer en la población los efectos de la reducción de los servicios territoriales y comunitarios. Este es un aspecto que considerar desde una perspectiva de transformación de la atención, pues la pandemia evidenció, pese a ser algo conocido y promulgado desde las políticas, la centralidad de los servicios comunitarios, pues su ausencia o interrupción fragiliza aún más el sistema y la población con necesidades de atención.

Conforme el número de casos por COVID-19 fue aumentando, en los países con cierto desarrollo de servicios extrahospitalarios también es posible observar cómo la demanda de internación en salud mental se va reorientando hacia las clínicas y hospitales psiquiátricos, debido principalmente a la focalización de los recursos de HG en la atención COVID-19. Ello remite a la reflexión de algunos trabajadores de servicios de intervención en crisis en Estados Unidos, quienes planteaban el dilema respecto a cuál riesgo atender prioritariamente: si al de la COVID-19 o al de la situación crítica de la persona con un problema de salud mental¹⁹. Los sistemas de atención en salud mental en la región parecieran haber resuelto el dilema por el lado de atender el riesgo de la COVID-19.

En estas condiciones, son claras las consecuencias en la calidad de la atención en salud mental desde una perspectiva de derechos: las personas internadas tanto en HP como en HG se encuentran en muchos casos sin posibilidad de alta, sin recibir visitas de sus familiares, con la circulación extrainstitucional e institucional limitada, y con una oferta terapéutica limitada y centrada casi exclusivamente en el tratamiento farmacológico. La atención que están recibiendo en el contexto actual, pese a todos los esfuerzos del personal de salud, es de baja calidad evaluado desde estándares internacionales²⁰, aspecto reconocido y lamentado por los mismos trabajadores.

No obstante esta preocupante situación, el escenario de emergencia sanitaria también demostró que era posible implementar mejoras en las estrategias de articulación familiar, comunitaria e interinstitucional para disminuir las internaciones, y aumentar y acelerar las externaciones, aun a riesgo de producir el efecto de puerta giratoria. Es también evidente que las tecnologías de la comunicación lograron, pese a las dificultades e inequidades en su acceso, constituirse como herramienta para el trabajo en salud mental, con efectos que podrán analizarse con el tiempo. Si bien se esperaba que la migración a la atención en plataformas *online* fuera más difícil en países de medianos y bajos ingresos que en países de altos ingresos²¹, se observa que, aunque en

algunos casos precariamente, fue posible la incorporación de tales herramientas al trabajo en la región.

El interrogante que surge a partir de observar la dinámica en los primeros 100 días de la pandemia de los servicios de internación psiquiátrica es: ¿era posible antes de la COVID-19 evitar internaciones con todas las estrategias que se están utilizando actualmente por la emergencia o en el contexto de la COVID-19 no se está internando a personas que lo requerirían?

Por otro lado, la disminución de camas en clínicas y hospitales psiquiátricos para respetar el distanciamiento necesario para reducir el contagio de COVID-19 ofrece una imagen del estado de muchas de tales instituciones. La reducción progresiva del número de camas podría ser un aspecto positivo, considerando que es un indicador de reforma de la atención en salud mental²². Sin embargo, ello debe evaluarse a la luz de lo ocurrido en la red de servicios de salud mental y, en particular, en relación con la disponibilidad de camas en HG. En el contexto de focalización de los sistemas de salud en la atención de la pandemia, la disminución de camas en HG y en HP, unido a la interrupción de los servicios ambulatorios y de rehabilitación, indica un panorama preocupante en términos de acceso a la atención.

La situación de los recursos humanos también presenta paradojas. El personal de HG y HP muestra signos de agotamiento ante la intensidad del trabajo, expuestos a contagios y en contacto directo con el sufrimiento y la muerte. A esto se adicionan las bajas por motivos relacionados con la pandemia y las condiciones, en muchos, de pluriempleo. También, la sensación en los trabajadores de haber visto limitada su capacidad de trabajo por la reorganización de los servicios y por los EPP como parte de las estrategias de bioseguridad. En este escenario preocupante, cabe destacar las capacidades demostradas para la reorganización del trabajo y la implementación de mecanismos de atención a distancia adoptados, en mayor o menor medida, en todos los países.

Como conclusión podría señalarse que la COVID-19 mostró las falencias de la atención en salud mental. Aunque todas las especialidades de los HG se vieron afectadas por la reorganización necesaria para atender a los casos de COVID-19, se evidenció cómo el traspaso de servicios de internación en salud mental desde los HP hacia los HG es aún un proceso endeble, que se vio más fragilizado por la coyuntura actual. Este escenario ubica a los hospitales y clínicas psiquiátricas en el centro del modelo de atención en salud mental frenando, y en muchos casos retrocediendo, los procesos tendientes a cumplir lo acordado en la Región: «un continente sin manicomios en 2020»⁴.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

-
1. Rosenbaum L. THP Untold Toll. THP pandemic's effects on patients without COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;382:2368-71.

2. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. 2020 August 27. Interim report.
3. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. OPS/OMS. Consenso de Panamá. Ciudad de Panamá. 2010 Oct 8.
5. OPS/OMS. Atlas de Salud Mental de las Américas 2017. Washington DC: OPS; 2018.
6. Médecins Sans Frontières. Left behind in tHP times of COVID-19 [Internet]. Disponible en: <https://www.msf.org/left-behind-coronavirus-belgium-care-homes-report>.
7. The Guardian. Half of coronavirus deaths happen in care homes, data from EU suggests [Internet]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-in-care-homes-data-from-eu-suggests>.
8. The New York Times. About 40% of U.S. coronavirus deaths are linked to nursing homes [Internet]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-nursing-homes.html>.
9. Horvat A. Coronavirus en la Argentina. El 28% de los fallecidos en la ciudad residían en geriátricos. Diario La Nación [Internet]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/buenos-aires/coronavirus-argentina-el-28-fallecidos-ciudad-residian-nid2385958>.
10. O'Keeffe F. La mitad de las personas fallecidas por coronavirus residía en geriátricos. Diario La Capital [Internet]. Disponible en: <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/la-mitad-las-personas-fallecidas-coronavirus-residia-geriatricos-n2614211.html>.
11. Franco-Paredes C, Jankousky K, Schultz J, Bernfeld J, Cullen K, Quan NG, et al. COVID-19 in jails and prisons: A neglected infection in a marginalized population. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14:e0008409.
12. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental Health service reform. *Int J Biol Sci*. 2020;16:1741-4.
13. Yang Shao YS, Fei J-M. Psychiatry hospital management facing COVID-19: From medical staff to patients. *Brain Behav Immun*. 2020 April 20.
14. Infobae. Reportan brote de coronavirus en un hospital psiquiátrico de CDMX. [Internet]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/08/03/reportan-brote-de-coronavirus-un-hospital-psiquiatrico-de-cdmx/>.
15. Infobae. Catorce muertos por coronavirus en hospital psiquiátrico de Bolivia [Internet]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/07/30/catorce-muertos-por-coronavirus-en-hospital-psiquiatrico-de-bolivia/>.
16. Fusar-Polia P, Brambillad P, Solmia M. Learning from COVID-19 pandemic in northern italy: Impact on mental Health and clinical care. *J Affect Disord*. 2020;275:78-9.
17. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
18. Walker D, Krubiner C, Chalkidou K. Mental health and tHP COVID-19 pandemic: what we knew, what we now know, and what we still don't know. Center for Global Development. 2020 August 28 [Internet]. Disponible en: <https://www.cgdev.org/blog/mental-HPalth-and-covid-19-pandemic-what-we-knew-what-we-now-know-and-what-we-still-dont-know>.
19. Pinals DA, Hepburn B, Parks J, Stephenson AH. tHP behavioral health system and its response to COVID-19: a snapshot perspective. *Psychiatr Serv Adv*. 2020.
20. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de calidad y Derechos Humanos. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social. Santiago de Chile: OMS; 2012.
21. Vigo D, Thornicroft G, Gureje O. The differential outcomes of coronavirus disease 2019 in low- and middle-income countries vs high-income countries. *JAMA Psychiatry*. 2020.
22. OPS/OMS. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de caracas. Washington, DC: OPS; 2007.