

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Ernesto Agustín Koop

**RESULTADOS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN
SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA IMPLEMENTACIÓN
DE UN PROYECTO DE ARTICULACIÓN Y SEGUIMIENTO
DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA GUARDIA DEL
HOSPITAL NACIONAL Y COMUNIDAD RAMÓN
CARRILLO, EX COLONIA NACIONAL MONTES DE OCA**

Estudio antes-después

2024

Director de Tesis: Mg. Ricardo Bernztein

Citar como: Koop, E. A. (2024). Resultados en la continuidad de cuidados en Salud Mental asociados a la implementación de un proyecto de articulación y seguimiento de pacientes atendidos en la guardia del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, ex Colonia Nacional Montes de Oca: estudio antes-después. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/708>



El autor declara que no hay conflictos de interés relacionados con la investigación.

El proyecto resguarda los datos que se van a utilizar en el presente trabajo, asegura el uso adecuado de los mismos y la anonimización de los pacientes, respetando el Habeas Data. Todos los datos del estudio serán tratados con máxima confidencialidad de manera identificada, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente, Ley Nacional de Protección de Datos Personales

Resumen/Abstract

Introducción: El Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados (PACC) consiste en el establecimiento de procesos y profesionalización del área de Gestión de Pacientes destinados a garantizar el otorgamiento de un turno ambulatorio programado luego de la consulta por guardia de salud mental, así como el seguimiento del caso a fines de verificar que efectivamente acceda a dicha consulta programada. El objetivo es evaluar en qué medida la puesta en funcionamiento del PACC contribuye al aumento de la continuidad de la atención, a pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en la ex Colonia Nacional Montes de Oca, hoy Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, en el segundo semestre del año 2022 frente a los asistidos en el segundo semestre del año 2019.

Metodología: La presente investigación puede ser considerada un "estudio de caso". Se llevó a cabo un trabajo cuasi-experimental antes-después, observacional-analítico, retrospectivo y longitudinal de consultas en la guardia del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, ex Colonia Nacional Montes de Oca. Se midieron variables previas a la implementación de una estrategia de gestión y posteriormente a dicha implementación. Se tomó como parámetro del cumplimiento de la continuidad de cuidados aquellos pacientes que luego de concurrir a una consulta por guardia, hubieron accedido en un plazo de hasta 30 días a una consulta ambulatoria programada de salud mental. A partir de dicho parámetro se procedió a comparar los porcentajes correspondientes al segundo semestre de 2019, previo a la implementación del PACC, con los porcentajes correspondientes al segundo semestre del 2022, luego de la implementación del PACC.

Resultados: En el segundo semestre de 2019 fueron evaluados 91 pacientes, y en el segundo semestre de 2022 86 pacientes. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por psiquiatría se observa una variación de un 333,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 65% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por psicología se observa una variación de un 83,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 12% en segundo semestre de 2019 a un 22% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por trabajo social se observa una variación de un 466,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 9% en segundo semestre de 2019 a un 51% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por al menos una de las tres disciplinas se observa una variación de un 346,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 67% en segundo semestre de 2022.

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos, y partiendo de la definición establecida para continuidad de cuidados, puede concluirse que la puesta en funcionamiento de un Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados contribuyó al aumento de la continuidad de atención de los pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en el Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca), en el segundo semestre del año 2022 frente a los asistidos en el segundo semestre del año 2019.

Palabras clave: Continuidad de cuidados- Salud Mental- Articulación-Gestión de Pacientes

Qué se desconocía hasta esta investigación
Qué mejoras implicó el proyecto de articulación destinado a la continuidad de cuidados Cómo medir cuantitativamente la continuidad de cuidados
Qué conocimientos aporta esta investigación
La implementación de un proyecto de articulación y seguimiento de pacientes resulta efectiva para mejorar la continuidad de cuidados en Salud Mental
Qué nuevas investigaciones se plantean a partir de lo aportado por esta investigación
Evaluar en qué medida la estrategia implementada contribuye a disminuir internaciones

Índice

1. Introducción.....	6
1.1. Presentación.....	6
1.2. Descripción del problema.....	6
1.3. Contexto.....	7
1.4. Relevancia y Pertinencia.....	8
2. Planteamiento del Problema.....	8
2.1. Formulación del Problema de la Tesis.....	8
2.2. Objetivos: General y Específicos.....	9
3. Marco Teórico.....	10
3.1. Hipótesis.....	26
4. Metodología y técnicas a utilizar.....	27
4.1. Tipo de estudio.....	27
4.2. Ámbito de estudio.....	28
4.3. Sujetos de estudio.....	28
4.4. Fuentes de información.....	29
4.5. Variables.....	29
4.6. Análisis estadístico y presentación de resultados.....	29
5. Desarrollo.....	30
6. Conclusiones.....	39
7. Discusión – Propuestas.....	39
8. Bibliografía.....	43

1. Introducción

1.1 Presentación

En la presente tesis se evalúa en qué medida la puesta en funcionamiento de un Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados (PACC) contribuye al aumento de la continuidad de la atención, a pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en la ex Colonia Nacional Montes de Oca, hoy Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, en el segundo semestre del año 2022 frente a los asistidos en el segundo semestre del año 2019.

Para llevar a cabo la investigación se compararon medidas de continuidad de cuidados en ambos períodos nombrados, a partir del establecimiento de definiciones precisas que permiten cuantificar los efectos del PACC. Se buscó determinar qué variaciones se presentaron en cuanto al acceso a determinadas prestaciones de salud mental posteriores a la consulta por guardia externa de la totalidad de los pacientes que concurrieron en cada uno de los semestres.

1.2 Descripción del problema

El déficit en la articulación entre unidades funcionales destinadas a la asistencia por salud mental en el Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo representa un problema sanitario que afecta a los resultados de los cuidados de los pacientes, perjudicando no sólo la misión institucional, sino también la de cada una de dichas unidades funcionales. Se trata, en términos de procesos, de un déficit ligado al producto final, que en toda institución de salud consiste en la asistencia al paciente, y en la cual se ponen juego otros procesos ligados a productos intermedios que sirven de apoyo para su concreción. La consecuencia principal es que la continuidad de cuidados se ve afectada, dejando como saldo, en términos de impacto, necesidades de salud insatisfechas y falta de acceso al ejercicio del derecho a la salud de la población a cargo. En el caso particular de las personas con problemáticas de salud mental, la ausencia en la continuidad de los cuidados conlleva internaciones evitables o descompensaciones que pueden llevar hasta el suicidio. Es por eso que aprovechar el contacto de un paciente

con la guardia externa para luego poder llevar a cabo un correcto seguimiento resulta de vital importancia para evitar el agravamiento de los cuadros. Esto a su vez cobra más relevancia si se tiene en cuenta la propia cronicidad de la mayoría de las problemáticas de salud mental, las cuales no encuentran su cura luego de una única consulta.

Dicho **problema sanitario** motivó a comienzos de 2022 la puesta en funcionamiento del PACC, con el objetivo de mejorar la continuidad de la atención, a pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en la ex Colonia Nacional Montes de Oca. El **problema de investigación** es que no se sabe en qué medida la puesta en funcionamiento del PACC contribuye al aumento de la continuidad de la atención, a pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en la ex Colonia Nacional Montes de Oca.

1.3 Contexto

Este estudio de caso se llevó a cabo en el Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca). Se trata de un hospital nacional, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, ubicado en la Localidad de Torres, Partido Luján. Se estudia el recorrido posterior, en términos de continuidad de cuidados, de las personas que concurren a la guardia de salud mental de la institución. Se toman en consideración dos períodos, los cuales serán comparados: segundo semestre de 2019 y segundo semestre de 2022.

En particular, la presente tesis pone el foco en las unidades funcionales correspondientes a Guardia de Salud Mental y Servicio de Atención Ambulatorio de Salud Mental (SAASM). Al respecto, cabe subrayar que los modos de tomar contacto con la institución para recibir atención por salud mental son por guardia o a través del SAASM. La atención por el SAASM posibilita la continuidad con un mismo profesional y un abordaje interdisciplinario e integral. Los pacientes que acceden con turno como primer punto de contacto en el SAASM no fueron objeto de estudio de la presente tesis, la cual se limitó al estudio de la continuidad de cuidados de los casos que consultaron por

guardia y no requirieron internación, es decir, a los cuales el psiquiatra de turno les indicó la continuidad del tratamiento en el ámbito ambulatorio.

1.4 Relevancia y pertinencia

La investigación pretende definir si una estrategia implementada, en particular el PACC (Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados) contribuye a mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos por guardia de salud mental. En este sentido, teniendo en cuenta la importancia que reviste la continuidad de cuidados en personas que atraviesan problemáticas de salud mental, las cuales en su mayoría son crónicas, la investigación resulta relevante a los fines de aportar claridad en cuanto a qué estrategias pueden llegar a resultar beneficiosas. Para esto también aporta una definición posible de continuidad de cuidados, la cual permite cuantificarla y así establecer comparaciones frente a distintas situaciones.

En línea con lo señalado, la justificación de esta tesis pasa por realizar la evaluación de una estrategia puntual destinada a la mejora en la continuidad de cuidados, entendiendo que dicha estrategia, en caso de aportar avances en ese sentido, puede ser replicada en otros ámbitos, así como continuar en donde ya se realiza.

2. Planteamiento del problema

2.1 Formulación del problema de la tesis

En términos generales, la continuidad de cuidados de las problemáticas de salud mental, al estar éstas siempre atravesadas por numerosas variables (socioeconómicas, familiares, culturales, etcétera), tiene como requisito que, para que dicha continuidad se cumpla, además del acceso a las prestaciones, resulte imprescindible una transmisión de la información lo más clara y completa posible entre los actores que intervienen. Por eso, cuando dicha continuidad es deficitaria en cualquier sentido, esto trae aparejado toda una serie de consecuencias que ubican al paciente en un mayor estado de vulnerabilidad, entre las que se pueden nombrar: internaciones evitables o más largas de lo necesarias, reinternaciones, dificultades en el acceso a internaciones necesarias, falta de acceso a tratamientos interdisciplinarios ambulatorios en el seno de la comunidad, dificultades en el acceso a dispositivos o apoyos puntuales que apunten a la

rehabilitación, mejora de la autonomía y desarrollo de capacidades y habilidades. Todo esto, lógicamente, impacta en la calidad de vida de la persona, impidiendo el acceso al desarrollo pleno y al ejercicio de derechos básicos.

Como respuesta al problema sanitario planteado es que se implementó, entre otras áreas, y con vistas a garantizar la continuidad de cuidados, a partir del segundo semestre de 2022, un Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados (PACC)

El problema de investigación es que no se sabe en qué medida la implementación del PACC, contribuyó a mejorar, en términos de aumento, la continuidad cuidados de los pacientes asistidos por la guardia de salud mental del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca) en el segundo semestre del año 2022.

2.2 Objetivos

- Objetivo General

Evaluar los resultados en la continuidad de cuidados de los tratamientos de salud mental de las personas asistidas por guardia antes y después de la implementación del PACC

- Objetivos específicos

1. Calcular para cada semestre los porcentajes correspondientes a los pacientes que accedieron a la consulta por guardia de psiquiatría y que en un plazo no mayor a 30 días accedieron a una consulta ambulatoria por las diversas disciplinas de salud mental y por al menos a alguna de éstas.
2. Calcular las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psiquiatría ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022.
3. Estimar las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psicología ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de

la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022.

4. Valorar las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por trabajo social ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022.
5. Calcular las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta ambulatoria por al menos una de las disciplinas de salud mental en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022.

3. Marco teórico

A. Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca)

El Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (HNYCRC), ex Colonia Nacional Montes de Oca, se encuentra en la Localidad de Torres, Partido de Luján. Se trata de un hospital nacional dependiente del Ministerio de Salud y es uno de los establecimientos que continuó bajo la órbita de dicho Ministerio cuando, en la década del 1990, las provincias pasaron a hacerse cargo de las instituciones que estaban en su territorio.

El HNYCRC fue creado en el marco de la Ley N° 4956 del 28 de junio de 1906 con el nombre de Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados. El 15 de noviembre de 1908, durante la presidencia de José Figueroa Alcorta, se realizó la colocación de la piedra fundamental realizándose su apertura el 31 de julio de 1915.

La institución se encuentra ubicada sobre un territorio rural de 2.450.161m² (250 hectáreas aproximadamente). Cuenta con una superficie edificada de 28.570m². Torres tiene una Población aproximada de 4000 habitantes. Está a 22 km de Luján, ciudad de referencia más cercana. A su vez, el hospital se encuentra a 80 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La organización de los cargos jerárquicos incluye una Dirección Nacional, un director asistente y uno administrativo, tres coordinaciones de las cuales se desprenden las jefaturas de servicios y a su vez de éstas las jefaturas de secciones.

La misión del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo es funcionar como institución socio-sanitaria especializada en brindar atención integral, interdisciplinaria y accesible a personas con discapacidad intelectual y otras problemáticas en Salud Mental, propiciando la rehabilitación e inclusión social de las mismas; siendo referente para la atención dentro del área programática de influencia y como referente técnico Nacional, participe en la definición e implementación de políticas específicas en el área.

B. Unidades funcionales de la institución

En la institución existen tres unidades funcionales dedicadas a la asistencia por salud mental:

- Servicio de Guardia: atiende consultas espontáneas, en su mayoría de urgencia. A partir de su intervención el paciente puede quedar internado, o ser derivado a atención ambulatoria programada. Los profesionales que la componen son psiquiatras y cambian los turnos cada 24 hs.
- Servicio de Atención Ambulatorio de Salud Mental (SAASM): atiende consultas ambulatorias programadas. Cuenta con profesionales psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, quienes asisten a pacientes ambulatorios con turno programado. A diferencia de la atención por guardia, se trata de tratamientos y abordajes interdisciplinarios con un seguimiento a lo largo del tiempo a cargo de los mismos profesionales, lo que permite el establecimiento de planes de medicación acordes, así como de estrategias centradas en el paciente, garantizando a su vez la continuidad de cuidados.
- Servicio de Internación Aguda de Salud Mental: trabaja en los tratamientos de los pacientes que debido a un cuadro de descompensación debieron ser internados. Cuenta con psiquiatra, trabajador social y psicólogo. Se encarga de trabajar con el paciente y su

familia para compensar el cuadro y generar las condiciones para el alta y reinclusión comunitaria.

- **Gestión de Pacientes:** Desarrolla el trabajo administrativo correspondiente al ámbito ambulatorio. Recepción de pacientes, otorgamiento de turnos, consultas telefónicas, apertura de historias clínicas. A partir de la implementación del PACC se incluye la función de articular las consultas externas de guardia con el SAASM, a los fines de brindarles continuidad.

C. Fragmentación de unidades funcionales

A modo de síntesis, podría afirmarse que, históricamente la fragmentación entre los dispositivos asistenciales y los procesos que éstos llevan cabo en la institución, y la consecuente falta de articulación entre éstos, ha representado un déficit que no se ha dado de manera pareja para todos. En este sentido, existen procesos y articulaciones más establecidos, aun cuando puedan ser mejorables, como es el caso de los correspondientes a aquellos que conectan al Servicio de Guardia de Salud Mental y al Servicio de Internación Agudo de Salud Mental, que respecto de las derivaciones y articulaciones entre dicho Servicio de Guardia y SAASM, lo que los ubica más “conectados” a los dos primeros. Esto puede deberse en parte, a que muchos de los pacientes que son ingresados pasan primero por la guardia. Por otro lado, el SAASM se ha encontrado más vinculado con un cuarto actor, que es Gestión de Pacientes, con el que comparte datos, información y procesos. Lo planteado puede verse representado, en términos estructurales, en el siguiente esquema de la figura 1.

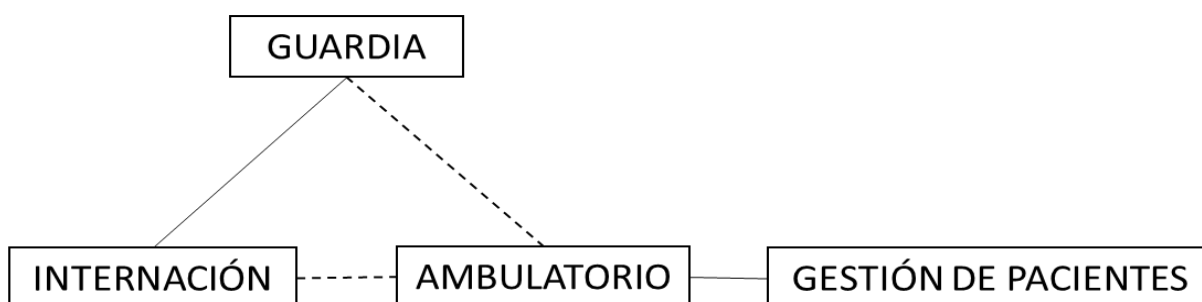


Figura 1. Distribución estructural previa a la implementación del PACC

continuidad de cuidados. Dicho de otra manera, la responsabilidad de que dicha continuidad se concrete, es decir que la consulta por guardia no quede “aislada” como consulta, quedaba en manos exclusivas del paciente, sin que la institución asumiera ningún compromiso mayor que la indicación previa tras dicha consulta.

D. Problemáticas de la salud mental

Más allá de la falta de estrategias de gestión específicas para la atención y continuidad de cuidados de pacientes con problemáticas de salud mental, faltan datos que reflejen la temática a nivel nacional. De acuerdo a un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (Salud, 2013) , “Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. El Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS, tomado para la realización del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos”. El mismo informe señala que: “Habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental (...) Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad (...) Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida (...) Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza (...) Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo”.

Si bien, como se señaló, no existen datos que expresen la problemática en Argentina, cabe destacar que también en países centrales como España el tema no deja de representar un desafío. En este sentido, de acuerdo a un Informe publicado por el

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, denominado "Transversalidad y Continuidad de Cuidados en Salud Mental"(Ministerio de Sanidad, 2014), en 5 de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) aún no existe un programa estructurado de colaboración entre la atención especializada en salud mental y los Equipos de Atención Primaria. Respecto a las 12 CCAA, el informe plantea que el nivel de implementación de dichos programas tampoco es parejo, oscilando entre el 5% y el 100% de los EAP.

Respecto a las acciones necesarias orientadas a lograr la continuidad de cuidados en salud mental, Sandra Gerlero y otros, en "Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina" mencionan que "La atención integral e integrada requiere que haya servicios disponibles para responder a las necesidades de salud de la población, incluidas las acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y apoyo para el autocuidado. La permanencia del contacto entre los servicios y las personas, y la cualificación del vínculo son denominadas por varios autores como acogida"(Sandra Gerlero, Ana Augsburger, María Duarte, Raúl Gómez, Débora Yanco. , 2011).

Por su parte, Magda Dimenstein (Dimenstein, 2013) en "La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental" plantea que para garantizar la continuidad de cuidados para casos de problemáticas de salud mental se requiere de "...flexibilidad en la oferta de cuidados, sin exigencias de adaptación a patrones fijos; de planes elaborados y ejecutados en equipo, de una apuesta por la participación activa del usuario en la construcción de su plan individual de cuidados, así como de un apoyo a la integración social focalizada en la rehabilitación psicosocial"

A su vez, Ana González Rodríguez, en su artículo "Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros"(González Rodríguez, 2011), luego de describir distintos modelos comunitarios destinados a alcanzar la continuidad de cuidados en pacientes con problemáticas de salud mental, concluye que "Los programas de continuidad de cuidados surgieron en respuesta a las necesidades de los enfermos mentales graves, fundamentalmente psicóticos. Aunque posteriormente se han desarrollado programas para poblaciones con otros diagnósticos, sigue siendo un reto el desarrollo de éstos en otras patologías como los trastornos de personalidad o los

trastornos de la conducta alimentaria, tremendamente frecuentadores de recursos, pero que encajan mal en el diseño de los desarrollados hasta ahora”.

E. Continuidad de cuidados: definiciones y estrategias

Sergio López Alonso, en “Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en Salud Mental”(Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM, 2005), plantea que la planificación y la continuidad de los cuidados son fundamentales para mantener la efectividad de los programas de atención comunitaria de salud mental. Según los autores, la personalización de la atención es una de las principales líneas estratégicas para garantizar esta planificación y continuidad, la cual a su vez permite acompañar a las personas con trastorno mental y a su familia a través del tejido de la red sanitaria evitando su caída fuera de la misma.

En “Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura”, Nicolás Fierro Jordán(Fierro Jordán, 2017) señala que “... existe confusión respecto a la continuidad y la adherencia de las personas a los tratamientos, lo cual en salud mental cobra gran relevancia debido a las altas tasas de abandono de tratamiento en los usuarios. Esta confusión ha impedido un desarrollo del concepto de continuidad de cuidados que sea independiente de aquellos conceptos asociados, del mismo modo que ha sido difícil operacionalizar sus elementos dimensionales en aspectos concretos y unívocos del cuidado”. En ese sentido plantea como necesario “...el desafío de traducir la continuidad del cuidado en elementos concretos y útiles para la evaluación de los servicios de salud mental, en la actualidad está orientado en la construcción de indicadores que den cuenta de elementos de la continuidad desplegados en la atención de personas con trastornos mentales”.

En “Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria”(De Paz, y otros, 2003), Dolores de Paz y otros plantean la continuidad de cuidados en términos de un continuum integrado por tres elementos esenciales, los cuales, por orden de importancia, son: personas, información y entornos. Según los autores, la continuidad en los cuidados se ve interrumpida cuando se prioriza un elemento de menor jerarquía sobre otro de mayor jerarquía.

Por su parte, en "Continuidad del cuidado"(Villalón, 2021), el autor plantea una serie de aspectos que se encuentran incluidos en la continuidad de cuidados: continuidad de la información, de la relación y del manejo. Respecto del primero de los aspectos, éste tiene que ver con la utilización de los datos que se han recogido, en el pasado, relativos al paciente. Respecto de la relación, plantea la necesaria continuidad en el vínculo entre un profesional y un paciente o su familia. Por último, en cuanto a la continuidad en el manejo, ésta se refiere a la coherencia en el cuidado, tanto en cuanto al propio paciente (autocuidado) como en cuanto a las intervenciones de los profesionales.

Independientemente de los matices en cuanto a los significados que se le asignan en la bibliografía al término "Continuidad de Cuidados", existen una serie de características que incluye el concepto y que pasan fundamentalmente por la accesibilidad en la atención y a la precisa transmisión de la información que describe una problemática de salud de un paciente, entre los diferentes actores que intervienen en el circuito de atención de éste. Esta información que se da desde un trabajador de la salud a otro y que hace a que una derivación sea exitosa, en tanto se convierte en una articulación, permite que se dé la continuidad en el cuidado a lo largo del tiempo y en función de las necesidades del paciente. En la presente tesis se entenderá como continuidad de cuidados al acceso a una consulta ambulatoria por salud mental, tanto por psiquiatría como por psicología y trabajo social, luego de la consulta por guardia. A su vez, se entenderá que el acceso a dicha consulta implica el resultado de una derivación desde la guardia que alcanza su objetivo de derivación y de transmisión de información respecto al caso. Por eso, es conveniente dejar en claro que una derivación, en tanto indicación a un paciente de continuar de tal o cual manera un tratamiento, no es una articulación ni alcanza por sí sola para garantizar la continuidad de cuidados. Para el caso de la articulación del Servicio de Guardia con el SAASM, se entenderá que se cumple la continuidad de cuidados cuando se cumple que el paciente accede a la consulta ambulatoria luego que desde la guardia se resolvió que su caso no representaba un motivo de internación y que, por lo tanto, debió continuar por consultorios externos. Esta definición intenta operacionalizar las definiciones vertidas por los autores citados, en particular la accesibilidad y la información como constitutivas de la continuidad de cuidados. Esto es así, entendiendo que se trata de lograr que el acceso a la consulta y a la atención se lleve a cabo, sin que quede atomizada la consulta anterior. La continuidad en la información se pone en juego en tanto el profesional que recibe la

consulta accede a la evolución del profesional anterior, siendo ambos de la misma institución. Por su parte, la continuidad en la relación y en el manejo, es la que se obtiene a partir del tratamiento por consultas ambulatorias programadas, el cual tiende a garantizar, a diferencia de la guardia, un mismo equipo profesional a cargo del paciente.

Cabe señalar que la presente tesis intenta aportar una manera de cuantificar, mediante indicadores, las definiciones de continuidad de cuidados que se utilizan como marco. En este sentido se subraya que, existiendo suficientes conceptualizaciones y dimensiones relativas al concepto, así como a los beneficios que se obtienen -estos sí cuantificables- a partir del logro de la continuidad de cuidados, resulta prácticamente nula la bibliografía que ofrezca una manera de operacionalizar cuantitativamente dicha continuidad, para que, entre otras posibilidades, se acceda a comparar estrategias que permitan determinar cuál ofrece mejores resultados de cara a alcanzar este objetivo.

F. Consecuencias en cuanto a la fragmentación de la continuidad de cuidados en salud mental

Respecto al problema que implica la falta de continuidad de cuidados, éste se puede ubicar relacionado con la misión de la propia unidad funcional de guardia, si se parte desde la base de que brindar las prestaciones propias del dispositivo debería incluir, además, la producción de información orientada a logro de la calidad y la equidad en el proceso asistencial global del paciente. Es decir, que la intervención por guardia no quede como un hecho aislado, sino que se conecte con el resto del recorrido del paciente, garantizando el acceso a la salud por parte de éste. En el sentido de lo planteado, un aspecto esencial de la consulta por guardia pasa por evitar, en la medida de lo posible, los riesgos de internación a futuro (para los casos de los pacientes que continúan de manera ambulatoria luego de la consulta). Un déficit en la continuidad de cuidados, habida cuenta de lo dicho, incrementaría dicho riesgo o afectaría la calidad de la asistencia en la atención del dispositivo de internación, según el paciente continúe ambulatoriamente o sea ingresado respectivamente.

En función de lo que se viene señalando, algunas de las consecuencias de la falta de dicha continuidad son las siguientes:

- Ausencia del ejercicio del derecho a la salud de la población a cargo. Esto es así contemplando el derecho de dicha población a acceder a prestaciones que existen y son capaces de beneficiar al paciente. En particular, se trata de acceder a consultas ambulatorias y a internaciones correctamente articuladas.
- Necesidades de salud insatisfechas de la población a cargo. Entendiendo que no se está satisfaciendo la capacidad de beneficiarse con prestaciones que existen y son objeto de la misión.
- Déficit en la calidad de vida de la población a cargo. Esto es así, entendiendo que al verse afectada la continuidad de cuidados, también se ve perjudicada la calidad de vida de los usuarios. En línea con esto, cabe subrayar que, en caso de acceder en particular a una entrevista de orientación, dicha población podría ver disminuida su morbilidad, previniendo y/o tratando enfermedades que no están siendo atendidas. Además, podría verse posibilitado el acceso tanto a beneficios destinados a dicha población, como a dispositivos orientados a mejorar su autonomía, desarrollar habilidades e incluso insertarse laboralmente, lo que redundaría, entre otros aspectos, en una mejora de los ingresos familiares, disminuyendo el grado de vulnerabilidad en que se encuentran. Cabe señalar en este sentido, que el incremento de la autonomía del paciente con problemáticas de salud mental o discapacidad intelectual, como así también, la posibilidad de insertarse en un dispositivo que le permita desarrollar actividades durante el día, constituyen factores que posibilitan que el familiar destinado el cuidado pueda volcarse al mercado laboral. Los aspectos que hacen a la calidad de vida de los pacientes y que pueden verse mejorados mediante la continuidad de cuidados, más allá de que el origen de la consulta por guardia sea por salud mental, son de lo más diversos: estos incluyen tanto el seguimiento efectivo de la consulta por guardia, como así también el estado de salud clínico general y bucal, a lo que se suman cuestiones que hacen al mejoramiento de sus vínculos afectivos, a su situación socio-económica y familiar y a su propio padecimiento subjetivo.
- Internaciones evitables. Esto es así entendiendo que cuando un paciente que asiste por guardia de salud mental, sin necesidad de internación, no accede al tratamiento ambulatorio a tiempo, los motivos que originaron la consulta por guardia pueden verse agravados, llevando a que el paciente deba ser internado para compensar cuadro cuya desestabilización podría haberse visto evitada.

- Uso de la guardia como dispositivo de tratamiento ambulatorio. Esto es así, entendiéndolo que, si un paciente no accede a un turno ambulatorio programado, puede verse en la necesidad de hacer uso de la guardia para suplir aquello a cuyo acceso se ve vedado. Esto, en el caso de salud mental, afecta de modo particular la calidad en la atención, puesto que lleva a que distintos profesionales tomen intervención sobre un mismo caso, perdiéndose la posibilidad de que un único equipo tome al paciente y evalúe su evolución de acuerdo a las propias intervenciones.

G. Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados

A partir de lo planteado, desde la institución se estableció como solución posible un Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados, (PACC), centrada en el paciente. Respecto de esta última, Suárez Cuba plantea que “La Medicina Centrada en el Paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista y ampliando el marco de la Medicina centrada en la Enfermedad, más que presentándole oposición. Se logra así una relación médico-paciente en la que cada cual sabe que esperar del otro, la responsabilidad se comparte...” (Suárez Cuba, 2012). En este sentido, el PACC, implementado a partir del segundo semestre de 2022, puso el acento en dos ejes:

1-Refuncionalización, profesionalización y jerarquización de la unidad funcional
Gestión de Pacientes

2-Establecimiento, mejora y definición de procesos asistenciales y su articulación entre sí, que incluyan, a su vez, el registro de datos e información

Respecto del primero de los ejes, se trata de que Gestión de Pacientes tenga un rol esencial en la articulación entre cada servicio y/o proceso. Su función pasa por facilitar dicha articulación, servir de apoyo, transmitir información, controlar los procesos, ofrecer asistencia y registrar los datos e información que permitan establecer los indicadores. Para esto, se designó un área específica de continuidad de cuidados.

El segundo eje se relaciona con las causas directas que hacen al déficit en la continuidad de cuidados, y tiene que ver con la utilización de procesos mejorables o directamente no establecidos, lo que también trae como consecuencia la falta de registro

de datos e información. Esto es así, si se tiene en cuenta que estrictamente, todo proceso conlleva el establecimiento de una serie de acciones explicitadas, pautadas y conectadas entre sí, que a su vez implican el registro de datos e información.

Para el logro de este segundo eje se procedió a la estandarización de procesos. Dicha estandarización, incluyó la capacitación de cada uno de los actores involucrados y consistió, a modo de síntesis, en pautar cada uno de las acciones que se debían llevar a cabo en cada unidad funcional (guardia, gestión de pacientes y SAASM) para que se alcance la articulación. Para esto, se estableció el registro de la información y su modalidad y de qué manera dicho registro debía ser tomado por la siguiente unidad funcional. De esta manera, la guardia resuelve una consulta, registra la evolución y explicita la indicación para la continuidad, gestión de pacientes toma dicho registro y actúa en consecuencia y el SAASM toma finalmente el caso a partir del turno otorgado desde gestión de pacientes, quien a su vez, tendrá la responsabilidad de confirmar si el paciente concurrió o no a la consulta programada.

Es necesario remarcar, a su vez, que, para el logro de la implementación de los procesos anteriormente nombrados, se puso en funcionamiento un sistema integral informático, que incluye, tanto una historia clínica informatizada, como un sistema de turnos y un reporte de consultas.

A partir del proyecto global se pretendió cambiar la manera en la que se encuentran estructuradas las articulaciones entre los servicios y/o procesos, ubicando a Gestión de Pacientes como un conector-facilitador no exclusivo, es decir, pretendiendo que su inclusión en los procesos no impida la comunicación directa entre los profesionales. Lo dicho se puede ver reflejado en la siguiente Figura 3.

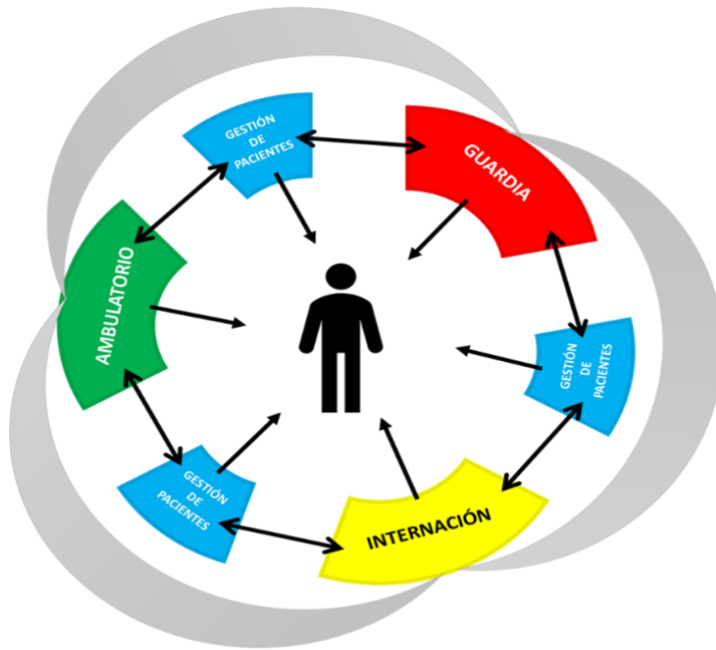


Figura 3. Propuesta de distribución y vinculación entre dispositivos estructural.

Fuente. Elaboración propia

Como puede observarse en la figura, cada uno de los dispositivos o procesos (de guardia, de internación o ambulatorios) se encuentran vinculados entre sí mediante Gestión de Pacientes, que ocupa un rol esencial en la transmisión de la información y en la articulación. A su vez, cada profesional que interviene en cada proceso asistencial se encuentra vinculado entre sí. El esquema ubica al paciente en el centro, recibiendo la asistencia desde cada uno de los dispositivos, incluido Gestión de Pacientes, y representa el funcionamiento de una institución que asume la responsabilidad de los cuidados. En relación a la continuidad de éstos, en el esquema, la forma circular habilita la inexistencia de puntos de desconexión, lo que busca garantizar dicha continuidad centrada en el paciente y sus necesidades.

A partir de esquema, el cual implica un claro contraste con la situación representada en la figura 1, el circuito de la figura 2 podría verse representado de la siguiente manera.

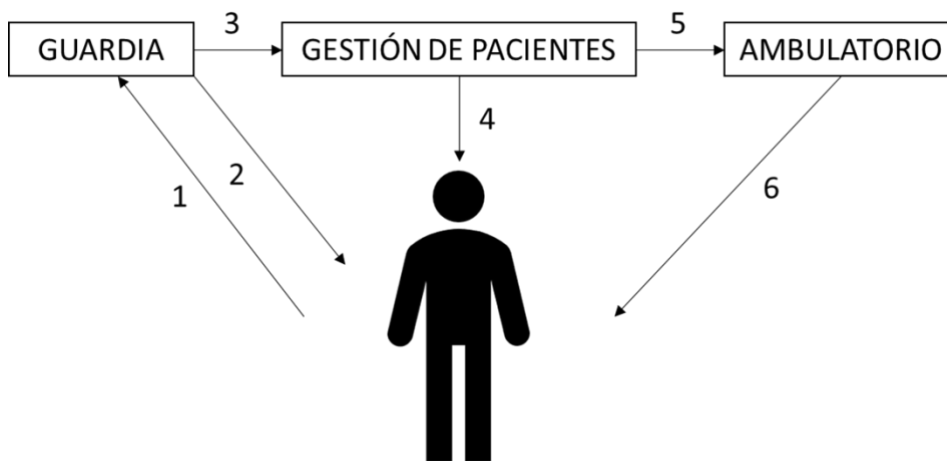


Figura 4. Ejemplo de recorrido propuesto

Fuente. Elaboración propia

A partir de la implementación del PACC y los procesos que éste implica, se buscó que el acceso al seguimiento ambulatorio que posibilita la continuidad de cuidados no dependa exclusivamente de la iniciativa del paciente. Los pasos disfuncionales para garantizar dicha continuidad de cuidados, ubicados en la figura 2 entre las flechas 2 y 3, han cambiado. Ahora se agregó una flecha, ya no son 5 sino 6, pero lo más importante es que el paso 3 no es desde el paciente hacia Gestión de Pacientes, sino desde guardia hacia Gestión de Pacientes. Es éste último quien se dirige al paciente para otorgarle el turno. De esta manera, se busca que el margen de error en pos de lograr la articulación se vea achicado, que la responsabilidad se encuentre asumida por la institución y la atención centrada en el paciente.

H. Estudios cuasiexperimentales. Antes-Después.

El estudio cuasiexperimental es la única alternativa cuando no es posible aleatorizar una intervención o cuando no es posible tener un grupo control. La limitación es que no se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, a otras intervenciones o factores no controlados (Manterola C, 2015).

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el estudio antes-después (o pre-post) de un solo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición a la intervención. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al

investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. Cada sujeto actúa como su propio control. En estos estudios se miden algunas variables antes y después de aplicada una intervención u ocurrida una exposición (una variante es cuando se usa un grupo de comparación al que no se aplicó ninguna intervención, pero en el que se realizan las dos mediciones, de modo tal de intentar identificar el efecto sobre los resultados de otras posibles variables) (Molina Arias, 2014). En este caso la exposición (intervención) sería la implementación del PACC.

En este tipo de investigación existe una 'exposición', una 'respuesta' y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de exposición y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho. En este caso la intervención sería la implementación del PACC, la respuesta son los cambios en la frecuencia de consultas por psiquiatría ambulatoria, por trabajo social ambulatorio y por alguna especialidad médica no ligada a salud mental, luego de la consulta por guardia.

I. Estado del Arte

En cuanto a la bibliografía sobre la temática, en particular aquella dedicada a describir la importancia de la continuidad de cuidados, cuando se trata de definir estrategias de gestión destinadas garantizarla, resulta escasa en términos de manuales de procedimiento e intervenciones específicas asociadas a resultados. Lo mismo podría decirse respecto de estudios que arrojen resultados relativos a la implementación de estrategias orientadas a garantizar la continuidad de cuidados en personas con problemáticas de salud mental.

En "Modelos de Gestión por Procesos Integrados en Salud", Rojas González (Rojas González, 2014) plantea que "Los modelos de gestión sanitaria tradicional han quedado arcaicos en tiempo puesto que no se puede gestionar adecuadamente siguiendo las estructuras piramidales como hasta ahora. Para avanzar como organización, los centros sanitarios deben modificar sus modelos de gestión, basando su trabajo en la integración de los procesos de salud con el fin de proporcionar continuidad de cuidados a los usuarios. Para ello necesitan trabajar en equipo con el fin de entender la integración de todos los procesos de salud y establecer un foco común donde se tienen que concentrar todos los esfuerzos y trabajos manteniendo la visión objetiva hacia el

usuario". En este sentido, señala que la figura de las enfermeras gestoras de casos, o enfermeras de enlace, han contribuido a que no se pierda la continuidad de cuidados de los usuarios: "Dentro de las organizaciones enfermeras se han dado los primeros pasos incluyéndose la figura de las enfermeras gestoras de casos o enfermera de enlace, que facilitan que no se pierda la continuidad de cuidados a los usuarios y que se camine hacia la excelencia dentro de las organizaciones".

En línea con lo anterior, García Abad-Martínez (García Abad-Martínez, 2010), plantea, en cuanto al rol de la enfermera gestora de casos, que dicha figura ha demostrado tener resultados positivos en cuanto a garantizar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y establecer canales de información rápida y eficaz en lo que se refiere a la atención de nuestros pacientes facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales.

Dolores De Paz y otros (De Paz, y otros, 2003), en el mismo texto citado anteriormente, plantea que "La Gestión por Procesos (GP) ofrece, en este sentido, un potencial enorme en la horizontalización de la atención sanitaria, modificando la concepción vertical segmentada en unidades, servicios, entornos y profesionales". En ese sentido, afirma que "Con la incorporación de la política de Gestión por procesos, se ha dotado a la organización de un valioso instrumento que favorece la continuidad asistencial...".

Estrella Olmos Villaplana y José Martínez Serrano (Olmos Villaplana & Martínez Serrano, 2009), dan cuenta de los resultados de la implementación de una estrategia basada en la gestión por procesos destinada al abordaje de pacientes con problemáticas de mentales graves. En este sentido, señalan una serie de ventajas que pudieron identificar a partir de dicha implementación, entre las cuales destacan que se logró asegurar la continuidad de cuidados a través de la coordinación entre profesionales y con los programas/dispositivos de los que puede participar el paciente, así como favorecer la fluidez en el intercambio de información.

Otra figura abordada en diversas referencias bibliográficas, aunque no específicamente para las problemáticas de salud mental, es la del médico gestor de casos o Case Management, en particular para enfermedades crónicas. Similar al rol de la enfermera gestora de casos, en cuanto a facilitar la continuidad de cuidados en los términos ya definidos, en particular en cuanto a facilitar el recorrido del paciente y evitar

la fragmentación de las prestaciones, numerosas investigaciones han recabado evidencia respecto de los resultados que la implementación de este rol conlleva. En este sentido, Jee Young Joo y Diane L. Huber (Joo & Hubert, 2016), en "Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews" concluyen que las intervenciones del médico gestor de casos disminuyen las reinternaciones, así como el uso de los servicios de urgencia y otras prestaciones hospitalarias. Por su parte, en el mismo sentido, Gayathri S. Kumar y Robin Klein (Kumar & Klein, 2013) en "Effectiveness of Case Management Strategies in Reducing Emergency Department Visits in Frequent User Patient Populations: A Systematic Review", concluyen que la implementación de médico gestor de casos reduce las consultas por urgencia.

Luego de este breve recorrido bibliográfico, cabe la aclaración de que los artículos que se encuentran en relación a continuidad de cuidados en su gran mayoría abordan los efectos que genera garantizar dicha continuidad de cuidados, pero no sobre cuáles son las mejores estrategias para que ésta se logre. Es decir, se da por sentado que las estrategias mejoran este aspecto, y se disponen a determinar los resultados. En este sentido, es necesario marcar una diferencia respecto del tema de la presente tesis, la cual aborda en cierto punto una instancia previa, es decir, no medir los efectos de garantizar la continuidad de cuidados ni evaluar los efectos en los pacientes, sino establecer los resultados en cuanto al aumento o no, de la continuidad de cuidados -en función de los términos definidos anteriormente- a partir de la implementación de un proyecto (el PACC).

3.1 Hipótesis

A modo de hipótesis, podría plantearse que la implementación del PACC, contribuyó a mejorar, en términos de aumento, la continuidad de cuidados de los pacientes asistidos por la guardia de salud mental del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca) en el segundo semestre del año 2022.

4. Metodología y técnicas a utilizar

4.1 Tipo de estudio

El estudio que se propone es observacional-analítico, retrospectivo y longitudinal de consultas en la guardia del Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, ex Colonia Nacional Montes de Oca. Esto es así, en tanto se midieron algunas variables previas a la implementación de una estrategia de gestión y posteriormente a dicha implementación.

El diseño es un estudio cuasiexperimental (Manterola C, 2015). Dentro de ellos es un estudio antes-después. Se midieron y compararon las variables (continuidad de atención) antes (segundo semestre 2019) y después (segundo semestre 2022) de la exposición a la intervención (implementación del PACC).

La presente investigación puede ser considerada un "estudio de caso", en tanto se trata del "abordaje de lo particular priorizando el caso único, en donde el estudio del mismo es definido por el interés que éste inspira..." (Kazez, 2009). Dicho estudio caso, limitado en tiempo y espacio se circunscribe al Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca), comparando la continuidad de cuidados en dos semestres delimitados, es decir, segundo semestre de 2019 y segundo semestre de 2022, esto es, antes y después de la implementación del PACC.

El autor de este proyecto elige la proporción de pacientes que acceden a una consulta posterior y en definitiva "consecuencia de" y "concatenada a" una consulta previa por guardia. Se trata en definitiva de tener elementos medibles que permitan el desarrollo de un enfoque cuantitativo y que den cuenta del logro -o no- de determinada estrategia destinada alcanzar la continuidad de cuidados en términos de la superación de la fragmentación de las unidades funcionales descriptas.

Por otro lado, **se establece como plazo para el acceso a la consulta ambulatoria un período de tiempo no superior a los 30 días de efectuada la consulta por guardia.** Dicho período de tiempo es arbitrario, y su establecimiento se basa en la necesidad de establecer un criterio que marque un corte para poder determinar cuándo una consulta ambulatoria programada puede ser considerada en continuidad con una consulta por guardia y cuándo dicha continuidad se vio afectada. Cabe aclarar que no existen criterios, en términos de períodos temporales validados en este sentido.

4.2 Ámbito de estudio

Se incluyeron todas las consultas por guardia de salud mental del hospital que no requirieron internación, es decir que fueron derivadas al ámbito ambulatorio. A su vez, como ya se señaló, existen consultas que lleguen a la institución a partir del SAASM, pero dichas consultas fueron excluidas del presente trabajo, excepción hecha de que se trate de consultas derivadas desde la guardia, es decir, que previamente hayan pasado por guardia.

4.3 Sujetos de Estudio

Se tomó como muestra la totalidad de los pacientes externos asistidos por guardia y registrados por ésta, que no hayan presentado necesidad de internación, en el segundo semestre de 2019 y en el segundo semestre de 2022. Debido a la situación excepcional en cuanto a aislamiento y utilización atípica de los efectores de salud que significó la Pandemia COVID-19 en los años 2020 y 2021, es que se toma como parámetro de comparación el segundo semestre de 2019. Teniendo en cuenta que se trata de una muestra universal, cuyo n será superior a 30, no se llevó a cabo el cálculo relativo al tamaño muestral.

a. Población muestreada

Se trata de una muestra universal: un universo donde se observaron todas las consultas externas por guardia recibidas que no requirieron internación durante el segundo semestre de 2019 y el segundo semestre de 2022. Se decidió considerar dichos periodos para limitar el sesgo que podría haber traído aparejada la atención durante la pandemia.

b. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: se incluyeron todas las consultas externas por guardia de salud mental del hospital y en el segundo semestre de 2019 y en el segundo semestre de 2022

Criterios de exclusión: se excluyeron todas las consultas por guardia de salud mental que no se hayan efectuado en el segundo semestre de 2019 y en el segundo semestre de 2022. Se excluyeron todas las consultas de salud mental que accedan al SAASM y no hayan pasado previamente por guardia, así como las consultas por guardia que derivaron en una internación o que hayan provenido de pacientes ya internados.

4.4 Fuentes de información

Las fuentes de información son secundarias. Para el caso de los pacientes asistidos en 2019, la fuente de información fue la estadística correspondiente al parte diario de los profesionales y las correspondientes historias clínicas. Para el caso de los pacientes asistidos en 2022 la fuente de información partió del sistema informático integral de historias clínicas, turnos y de reporte implementado y que se encuentra funcionando.

4.5 Variables

Se procedió a considerar el porcentaje de pacientes asistidos por guardia de salud mental, que luego accedieron a una consulta por el SAASM en un plazo no mayor a 30 días posteriores a la consulta por guardia, tanto en el segundo semestre de 2019, como en el segundo semestre de 2022.

4.6 Análisis estadístico y presentación de resultados

Para el análisis estadístico antes y durante la intervención (PACC) se utilizaron:

- a. Estadísticas descriptivas, para los datos obtenidos por las diferentes fuentes.
- b. Se calculó la frecuencia relativa en forma de porcentaje, para las variables.
- c. Se calculó la Tasa de Variación para conocer el cambio porcentual pre y post PACC.
- d. Para determinar si las diferencias entre los porcentajes de pacientes que acceden a una consulta ambulatoria para cada una de las disciplinas o para una disciplina como mínimo son estadísticamente significativas se llevó a cabo una Comparación de Proporciones a través de una Prueba de Z. Se trata de una prueba adecuada para comparar dos proporciones, p_1 y p_2 , observadas en dos grupos distintos de tamaños n_1

y n_2 , respectivamente. El estadístico de contraste se calcula como: $Z = \frac{p_1 - p_2}{EED}$ y siendo $EED = \sqrt{p_1(1 - p_1) \div n_1 + p_2(1 - p_2) \div n_2}$

e. Los resultados se muestran a través de gráficos.

5. Desarrollo

En el Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo, ex Colonia Nacional Montes de Oca, se asiste un número aproximado de 2000 personas al mes que asisten a consultas ambulatorias programadas de distintas disciplinas. La guardia con la que se cuenta, únicamente clínica y psiquiátrica, por su parte, se encuentra tanto destinada a los más de 400 usuarios con discapacidad intelectual alojados en diferentes hogares y pabellones dentro del predio hospitalario, como así también a personas provenientes de distintas localidades, principalmente de Luján. Habida cuenta de la lejanía de la institución respecto de los grandes centros urbanos, el número de personas que asisten a la guardia por alguna urgencia es notablemente menor que las consultas ambulatorias programadas. En el caso de guardia por salud mental, este número es de 15 a 25 personas al mes.

A) Análisis de situación en cuanto a continuidad de cuidados en cada semestre

En primer lugar, se evaluó la continuidad de cuidados de un total de 91 pacientes asistidos por guardia de salud mental sin necesidad de internación en el segundo semestre de 2019 ($n_1=91$).

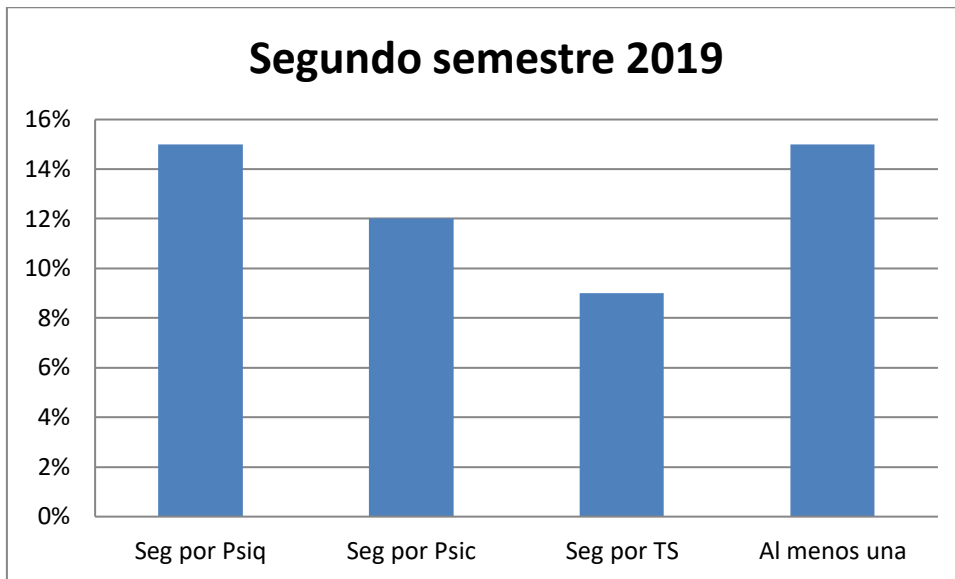
De acuerdo a los datos obtenidos, al calcular el porcentaje de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de psiquiatría ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2019, fue un 15 %.

A su vez, para el caso de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de psicología ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2019 dicho porcentaje fue un 12%.

Además, en relación a los pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de trabajo social ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2019, fue un 9%.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de programada de al menos alguna de las tres disciplinas de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social) a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2019, fue un 15%.

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes que acceden a una consulta ambulatoria programada por cada disciplina y por al menos una, a menos de 30 días de la consulta por guardia de salud mental en el segundo semestre de 2019



Fuente. Elaboración propia en base a reporte de profesionales de guardia e historias clínicas

Por otro lado, se evaluó la continuidad de cuidados de un total de 86 pacientes asistidos por guardia de salud mental sin necesidad de internación en el segundo semestre de 2022 (n2=86).

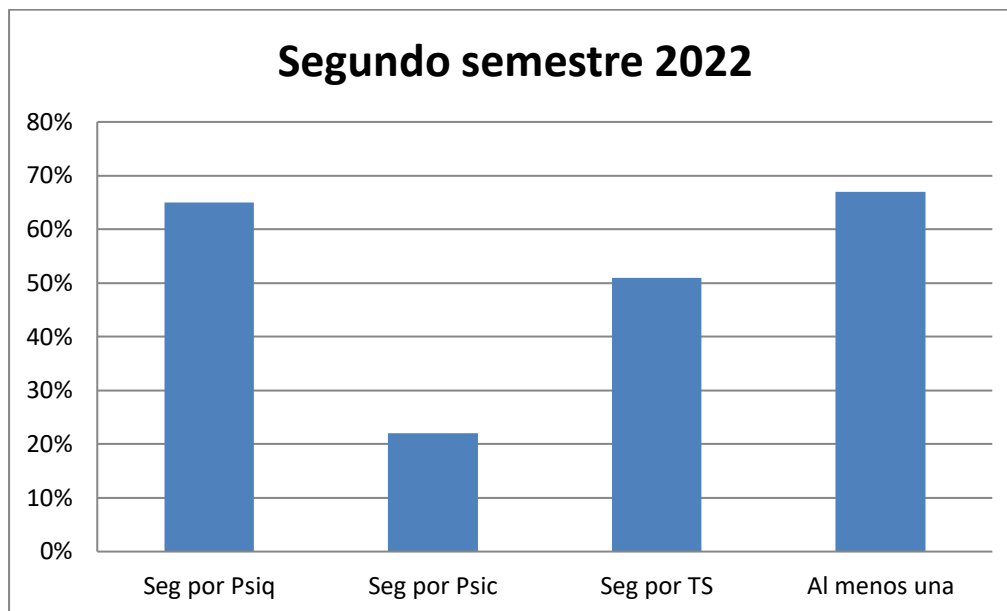
En cuanto al 2022, de acuerdo a los datos obtenidos, al calcular el porcentaje de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de psiquiatría ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2022, fue un 65 %.

A su vez, para el caso de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de psicología ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2022 dicho porcentaje fue un 22%.

Además, en relación a los pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de trabajo social ambulatoria programada a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2022, fue un 51%.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes asistidos por guardia de salud mental que acceden a una consulta de programada de al menos alguna de las tres disciplinas de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social) a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia, en el segundo semestre de 2022, fue un 67%.

Gráfico 2. Porcentaje de pacientes que acceden a una consulta ambulatoria programada por cada disciplina y por al menos una, a menos de 30 días de la consulta por guardia de salud mental en el segundo semestre de 2022



Fuente. Elaboración propia en base al sistema de informatizado de historias clínicas

B) Variaciones segundo semestre 2019 vs segundo semestre 2022

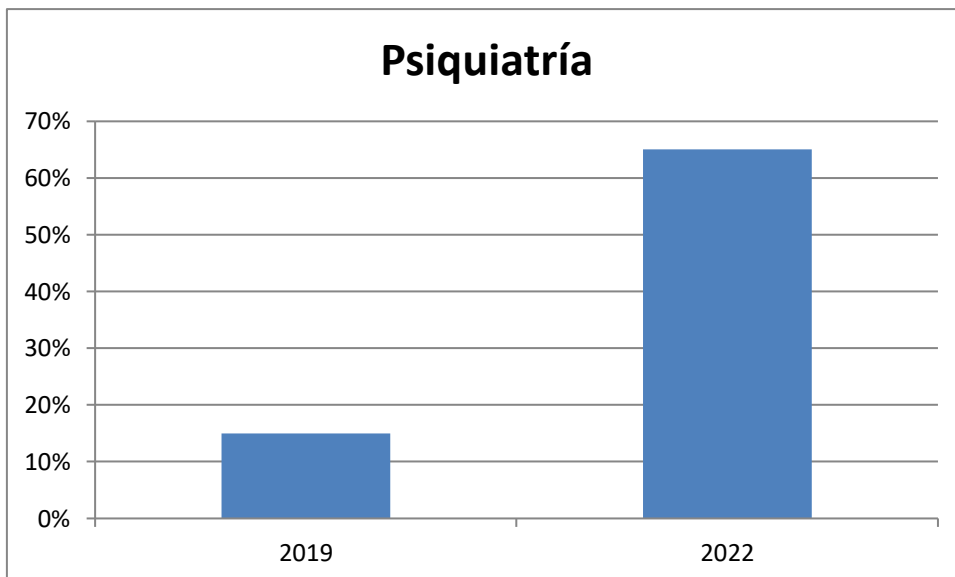
Al calcular las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psiquiatría ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022 se observa una variación de un 333,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 65% en segundo semestre de 2022.

En cuanto al análisis, a los fines de determinar si las diferencias resultan estadísticamente significativas, tomando como hipótesis nula que no existió variación, y como hipótesis alternativa que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por psiquiatría ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia fue menor antes de la implementación del PACC, que luego de la implementación del PACC.

Con un nivel de significancia de 0,05, se obtuvo de acuerdo a la fórmula $Z = \frac{p1 - p2}{EED}$ y siendo $EED = \sqrt{p1(1 - p1) \div n1 + p2(1 - p2) \div n2}$, un valor Z de -7,9

A partir de este resultado, siendo Z obtenido menor al Z crítico de -1,64 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por psiquiatría ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia resultó mayor luego de la implementación del PACC, en términos estadísticamente significativos.

Gráfico 3. Comparación del porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psiquiatría ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022



Fuente. Elaboración propia en base a reporte de profesionales de guardia e historias clínicas (segundo semestre de 2019) y al sistema de informatizado de historias clínicas (segundo semestre de 2022)

A su vez, las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psicología ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022 se observa una variación de un 83,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 12% en segundo semestre de 2019 a un 22% en segundo semestre de 2022.

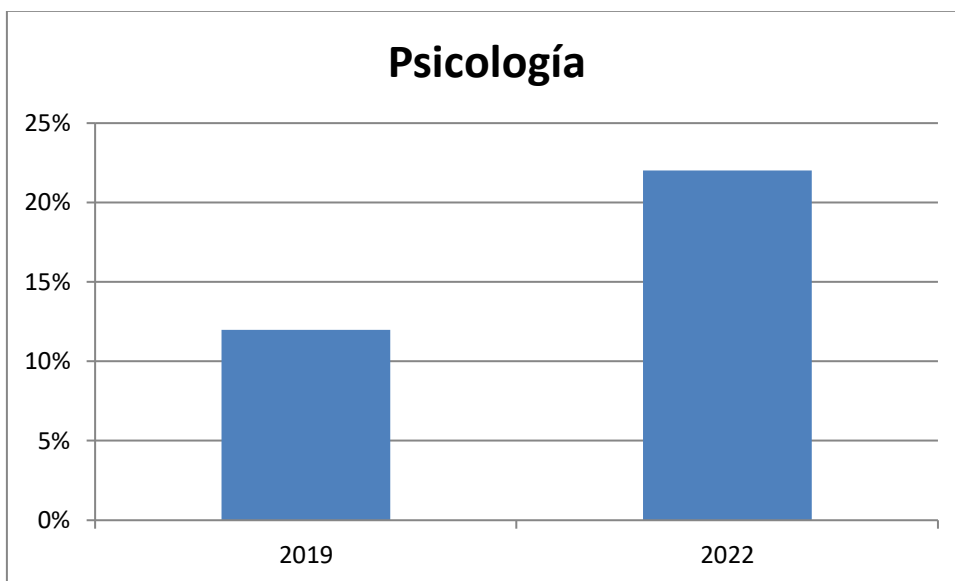
En cuanto al análisis, a los fines de determinar si las diferencias resultan estadísticamente significativas, tomando como hipótesis nula que no existió variación, y como hipótesis alternativa que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por psicología ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia fue menor antes de la implementación del PACC, que luego de la implementación del PACC.

Con un nivel de significancia de 0,05, se obtuvo de acuerdo a la fórmula $Z = \frac{p1 - p2}{\sqrt{EED}}$ y siendo $EED = \frac{p1(1 - p1)}{n1} + \frac{p2(1 - p2)}{n2}$, un valor Z de -1,75

A partir de este resultado, siendo Z obtenido menor al Z crítico de -1,64 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por psicología ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia resultó mayor luego de la implementación del PACC, en términos estadísticamente significativos.

Gráfico 4. Comparación del porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por psicología ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes

de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022



Fuente. Elaboración propia en base a reporte de profesionales de guardia e historias clínicas (segundo semestre de 2019) y al sistema de informatizado de historias clínicas (segundo semestre de 2022)

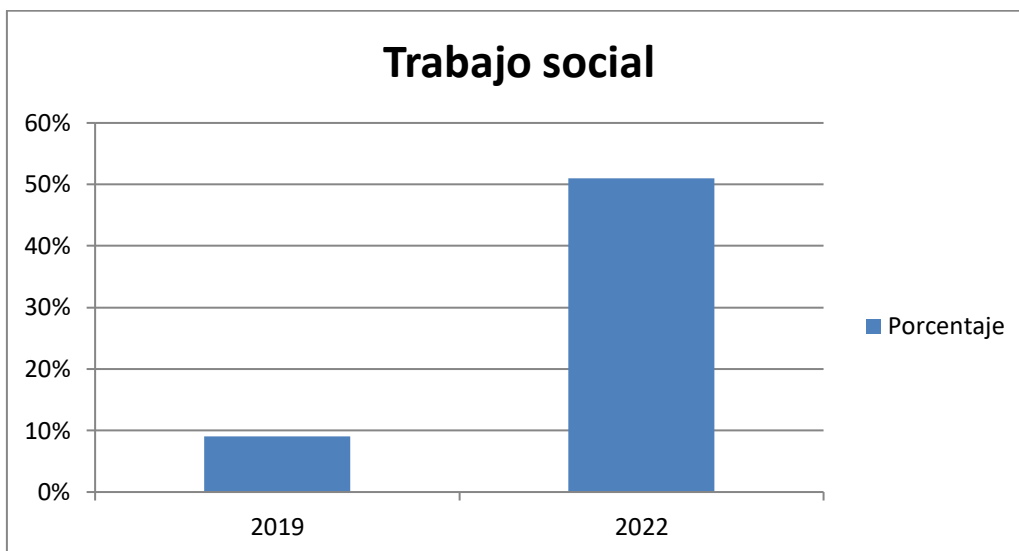
Por otra lado las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por trabajo social ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022 se observa una variación de un 466,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 9% en segundo semestre de 2019 a un 51% en segundo semestre de 2022.

En cuanto al análisis, a los fines de determinar si las diferencias resultan estadísticamente significativas, tomando como hipótesis nula que no existió variación, y como hipótesis alternativa que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por trabajo social ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia fue menor antes de la implementación del PACC, que luego de la implementación del PACC.

Con un nivel de significancia de 0,05, se obtuvo de acuerdo a la fórmula $Z = \frac{p1 - p2}{\sqrt{EED}}$ y siendo $EED = \frac{p1(1 - p1)}{n1} + \frac{p2(1 - p2)}{n2}$, un valor Z de -6,8

A partir de este resultado, siendo Z obtenido menor al Z crítico de -1,64 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta por trabajo social ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia resultó mayor luego de la implementación del PACC, en términos estadísticamente significativos.

Gráfico 5. Comparación del porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta por trabajo social ambulatoria en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022



Fuente. Elaboración propia en base a reporte de profesionales de guardia e historias clínicas (segundo semestre de 2019) y al sistema de informatizado de historias clínicas (segundo semestre de 2022)

Por otro lado las variaciones en el porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta de al menos alguna de las tres disciplinas de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social) a menos de 30 días de haber concurrido a la guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022 se observa una variación de un

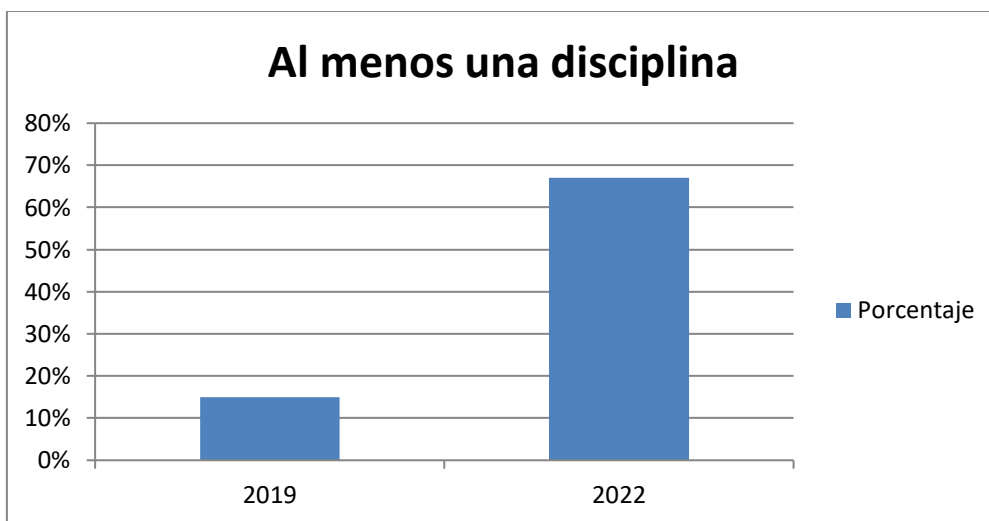
346,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 67% en segundo semestre de 2022.

En cuanto al análisis, a los fines de determinar si las diferencias resultan estadísticamente significativas, tomando como hipótesis nula que no existió variación, y como hipótesis alternativa que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta de al menos alguna de las tres disciplinas de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social) en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia fue menor antes de la implementación del PACC, que luego de la implementación del PACC.

Con un nivel de significancia de 0,05, se obtuvo de acuerdo a la fórmula $Z = \frac{p1 - p2}{\sqrt{EED}}$ y siendo $EED = \frac{p1(1 - p1)}{n1} + \frac{p2(1 - p2)}{n2}$, un valor Z de -8,2.

A partir de este resultado, siendo Z obtenido menor al Z crítico de -1,64 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el porcentaje de pacientes que acceden a una consulta de al menos alguna de las tres disciplinas de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social) en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia resultó mayor luego de la implementación del PACC, en términos estadísticamente significativos.

Gráfico 6. Comparación del porcentaje de pacientes que accedieron a una consulta ambulatoria por al menos un de las tres disciplinas de salud mental en un plazo no mayor a 30 días luego de la consulta por guardia antes de la implementación del PACC, segundo semestre de 2019, y después de la implementación del PACC, segundo semestre de 2022



Fuente. Elaboración propia en base a reporte de profesionales de guardia e historias clínicas (segundo semestre de 2019) y al sistema de informatizado de historias clínicas (segundo semestre de 2022)

6. Conclusiones

Luego de calcular para cada semestre los porcentajes correspondientes a los pacientes que accedieron a la consulta por guardia de psiquiatría y que en un plazo no mayor a 30 días accedieron a una consulta ambulatoria por las diversas disciplinas de salud mental y por al menos a alguna de éstas se concluye que existieron variaciones estadísticamente significativas entre el segundo semestre de 2019 (antes de la implementación del PACC) y el segundo semestre de 2022 (luego de la implementación del PACC). Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por psiquiatría se observa una variación de un 333,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 65% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por psicología se observa una variación de un 83,33%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 12% en segundo semestre de 2019 a un 22% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por trabajo social se observa una variación de un 466,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 9% en segundo semestre de 2019 a un 51% en segundo semestre de 2022. Para el caso de acceso a consulta ambulatoria por al menos una de las tres disciplinas se observa una variación de un 346,67%, teniendo en cuenta que el porcentaje pasó de un 15% en segundo semestre de 2019 a un 67% en segundo semestre de 2022.

A partir de los resultados obtenidos, y partiendo de la definición establecida para continuidad de cuidados, puede concluirse que la puesta en funcionamiento de un Proyecto de Articulación para la Continuidad de Cuidados contribuyó al aumento de la continuidad de atención de los pacientes externos asistidos por la guardia de salud mental en el Hospital Nacional y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Nacional Montes de Oca), en el segundo semestre del año 2022 frente a los asistidos en el segundo semestre del año 2019.

7. Discusión-Propuestas

Tal como se señaló en el planteamiento del problema, la implementación del PACC incluye la función de articular las consultas externas de guardia con el SAASM, a los fines de brindarles continuidad a las primeras. Esto se decidió, entendiendo que la mayoría

de las veces la consulta por guardia quedaba aislada respecto de su necesaria continuidad a cargo del Servicio de Atención Ambulatoria, asumiendo que el paciente podía, previo al PACC, por algún motivo, no concretar el contacto con Gestión de Pacientes, lo que haría que nunca acceda al tratamiento ambulatorio, viéndose interrumpida la continuidad de cuidados. Esta “desconexión” entre ambos servicios, entendida como una consecuencia posible de que la institución no asumiera ningún compromiso mayor que la indicación tras la consulta por guardia, se vio verificada por el bajo porcentaje de pacientes, tan solo el 15%, que luego de su consulta por guardia acceden menos de 30 días después a una consulta programada con alguna de las tres disciplinas principales de salud mental. Este mismo indicador, al pasar a ser del 67% luego de la implementación del PACC da cuenta de que la toma a su cargo, puede contribuir a una mejora en la continuidad de cuidados de la consulta por guardia, en el sentido de que dicha consulta no quede aislada. Al mismo tiempo podría indicar que cuando se generan los procesos para garantizar el acceso al turno posterior a la guardia, sin dejar librada a la voluntad del paciente la posibilidad del acceso a la consulta programada, mayores son las chances de un acceso a ésta.

En primer lugar cabe afirmar que los abordajes desde este tipo de estrategias como la evaluada en la presente tesis, es decir, basadas en la gestión por procesos destinadas a la continuidad de cuidados, pueden constituir aportes significativos a los fines de mejorar la falta de acceso a tratamientos situada por la OMS y señaladas en el planteamiento del problema.

A su vez, en cuanto a la necesaria permanencia del contacto entre los servicios y las personas, situada en términos de condición necesaria para la continuidad de cuidados, estrategias como el PACC también pueden ser de utilidad. En este sentido, cabe señalar que las funciones que abarca el equipo a cargo del PACC, exceden las que se han incluido en esta investigación, la cual se limitó a la articulación entre las consultas por guardia de psiquiatría y el Servicio Ambulatorio de Salud Mental. Dentro de las responsabilidades del área de Gestión de Pacientes se implementó también el seguimiento para garantizar la continuidad de cuidados de patologías graves de salud mental que se ausentan a la consulta, con la clara finalidad de que no vean interrumpidos sus tratamientos. Se trata también de una estrategia de gestión por procesos que incluye avisos frente a ausentismos de pacientes de riesgo.

Continuando, y tomando la cita de López Alonso, en "Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en Salud Mental"(Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM, 2005), en particular en lo relativo a la personalización de la atención, destinada a evitar la caída fuera de la red sanitaria a las personas con problemáticas de salud mental y sus familias, puede pensarse que el PACC representa una estrategia en este sentido, entendiendo que el hecho de convocar al paciente desde un área especializada que aborda el caso sin esperar que la gestión de los turnos recaiga sobre los pacientes, trae aparejado un mayor acceso a los tratamientos.

Por otro lado, retomando lo que en "Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura", Nicolás Fierro Jordán(Fierro Jordán, 2017) señala en términos de una desafío al establecer la importancia de traducir la continuidad del cuidado en elementos concretos y útiles para la evaluación de los servicios de salud mental y la construcción de indicadores que den cuenta de elementos de la continuidad desplegados en la atención de personas con trastornos mentales, se asume que la presente tesis puede representar un aporte en ese sentido. La propia definición de continuidad de cuidados adoptada en la presente tesis refleja eso mismo, y la conclusión es que tomando en cuenta dicha definición, los indicadores expresan una mejora en la continuidad a partir de la estrategia del PACC.

En cuanto a los tres elementos descriptos en "Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria"(De Paz, y otros, 2003), es decir por orden de importancia, personas, información y entorno, y en particular al planteo según el cual la continuidad en los cuidados se ve interrumpida cuando se prioriza un elemento de menor jerarquía sobre otro de mayor jerarquía, es posible señalar que los tres elementos se encuentran presentes en la estrategia del PACC. Ahora bien, entendiendo que dicha estrategia implica poner en el centro al paciente, para garantizar que se dé determinada consulta (información), asumiendo esta responsabilidad y poniéndose al servicio, como ya se dijo, por parte de la institución (entorno), y habida cuenta de los resultados positivos que esto implica, es posible pensar al PACC como un ejemplo de lo planteado por los autores. Lo mismo podría decirse, tomando la definición en "Continuidad del cuidado"(Villalón, 2021), en la Gabriel Esteban Villalón plantea como fundamental la continuidad de la información, de la relación y del manejo, todos aspectos presentes en el PACC.

Por otro lado cabe señalar que la implementación del PACC representa un intento de superación de aquello que en “Modelos de Gestión por Procesos Integrados en Salud”, Ana Alicia Rojas González (Rojas González, 2014) plantea que en términos de modelos de gestión arcaicos y con estructuras piramidales que dificultan la accesibilidad de los pacientes. Se trata de una estrategia destinada a la integración de los procesos de salud con el fin de proporcionar continuidad de cuidados a los usuarios. El mismo equipo de profesionales del PACC, tal como lo plantea la autora, trabaja con los servicios que articula. En este sentido, posee cierta similitud con el rol de la enfermera de casos, citada también María Pilar García Abad-Martínez (García Abad-Martínez, 2010), al señalar, que, al igual que lo demostrado en el PACC, dicha figura permite resultados positivos en cuanto a garantizar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y establecer canales de información rápida y eficaz en lo que se refiere a la atención de nuestros pacientes facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales. Asimismo, el PACC, dado que implica la implementación de procesos específicos, refleja aquello que Dolores De Paz y otros (De Paz, y otros, 2003), plantean que en cuanto a que la gestión por procesos favorece la continuidad de cuidados. Lo mismo podría decirse en cuanto a lo que refieren Estrella Olmos Villaplana y José Martínez Serrano (Olmos Villaplana & Martínez Serrano, 2009), quienes señalaron las ventajas de los resultados de la implementación de una estrategia basada en la gestión por procesos en términos de asegurar la continuidad de cuidados a través de la coordinación entre profesionales y con los programas/dispositivos de los que puede participar el paciente, así como favorecer la fluidez en el intercambio de información.

Ahora bien, dicho lo anterior, es decir, asumiendo que el PACC conduce a una mejora en términos de continuidad de cuidados, y en la misma línea de lo planteado por los autores citados, un nuevo tema de investigación podría plantearse en relación a en qué medida dicha continuidad de cuidados lograda a partir del PACC impacta en el número de internaciones o reinternaciones. Cabe señalar que autores ya citados (Jee Young Joo y Diane L. Huber (Youg Joo & Hubert, 2016) trabajan en relación a la figura del médico gestor de casos y los resultados de la estrategia en términos de disminución de reinternaciones. En ese mismo sentido, es que sería de interés cuantificar hasta qué punto intervenciones que mejoran la continuidad de cuidados, evitan internaciones por salud mental. Esto último a su vez podría esclarecer aspectos que hacen a la “evitabilidad” o no de las internaciones por salud mental, producto de la

descompensación de los cuadros, si se demostrara que efectivamente, al mejorar la continuidad de cuidados se previene internaciones que hasta el momento se presentaban como inevitables. Para responder a cuánto impacta el PACC en la probabilidad de internación para los pacientes que consultan en guardia sería necesario realizar una nueva investigación

Por último respecto a los sesgos y limitaciones, cabe señalar que la fuente de información que hace a la muestra depende del registro que lleven cabo los profesionales de guardia. Es por eso que, en caso de que hubiera ocurrido un subregistro de consultas, la evaluación en cuanto a la continuidad de cuidados de estos casos no pudo ser tomada en cuenta. A su vez, al tratarse de un diseño cuasi experimental, en el cual no se controlan eventuales confusores, la calidad de evidencia es baja. Asimismo, al tratarse de un estudio de caso, para validar los resultados sería necesario replicar este estudio en otros "espacios". Por último en cuanto a sesgos, cabe señalar que se trata de una muestra pequeña de pacientes. Esto, como se explicó, encuentra su motivo en la ubicación geográfica de la institución respecto de grandes centros urbanos, lo que genera que no se trate de un efector muy concurrido para el tratamiento de la urgencia. No obstante el limitado número de casos, las diferencias halladas resultaron estadísticamente significativas.

Finalmente, en relación a las fortalezas cabe subrayar el hecho de que se haya conseguido elaborar indicadores que permiten medir conceptos algo abstractos, como lo es la "Continuidad de Cuidados". Además puede destacarse que se haya logrado medir efectos en una intervención sanitaria específica, como lo representa el PACC. Por último, se señala que el modelo validado en la presente tesis puede ser replicado en otras instituciones o jurisdicciones.

8. Bibliografía

De Paz, D., Galdeano, N., Garrido, M., Lacida, M., Martín, r., Morales, J. M., y otros. (2003). *Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS* , 43-71.

Fierro Jordán, N. (Enero de 2017). *Repositorio Académico de la Universidad de Chile*. Recuperado el 25 de Mayo de 2022, de https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180973/Tesis_Nicolas%20Fierro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García Abad-Martínez, P. (2010). Enfermera gestora de casos: claves para la continuidad de cuidados. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*.

González Rodríguez, A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología. Vol 16 N°3*, 305-312.

Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM. (enero-junio de 2005). *Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía*. Recuperado el junio de 2022, de Presencia: <<http://www.indexf.com/presencia/n1/13articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]

Kazet, R. (2009). Los Estudios de casos y el prolema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*.

Kumar, G. S., & Klein, R. (2013). *Effectivness of case management strategies in reducing emergency departments visits in frequent user partients population: a systematic review*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467912011201>

Manito Lorite, I., Ondivela Cariteu, À., Servera Mir, M., & Tomás Sánchez, M. (s.f.). Estudio sobre las dificultades en la implementacion i seguimiento en la continuidad asistencial entre niveles.

Manterola C, O. (2015). Estudio Experimentales 2a Parte. *Int. J. Morphol*, 382-387.

Ministerio de Sanidad, S. S. (Noviembre de 2014). *Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental*. Recuperado el marzo de 2022, de www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Transversalidad_y_continuidad.pdf

Molina Arias, M. O. (2014). Ensayo clínico (I). Definición. Tipos. Estudios cuasiexperimentales. *Evidencias en Pediatría*.

Olmos Villaplana, E., & Martínez Serrano, J. (2009). *Proceso de atención a los trastornos mentales graves*. Obtenido de <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/5712/978-84-692-7789-8.0.pdf?sequence=1>

Rojas González, A. A. (2014). *Modelos de gestión por procesos integrados en salud*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008

Salud, O. M. (2013). *Plan de accion sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado el abril de 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Sandra Gerlero, Ana Augsburger, María Duarte, Raúl Gómez, Débora Yanco. . (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública* , 24-29.

Suárez Cuba, M. Á. (2012). Medicina Centrada en el Paciente. *Revista Médica La Paz* .

Villalón, G. E. (2021). *Continuidad del cuidado*. Obtenido de <https://evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/6922>

Youg Joo, J., & Hubert, D. L. (2016). *Case management effectiveness on health care utilization. Outcome: a systematic review of reviews* . Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945918762135>