

# Maestría en Gestión Servicios de Salud Mental

## Trabajo Final de Maestría

Autora: Andrea Silvana Patrignoni

### **PROGRAMA "CENTINELA"**

Diseño de un programa para la identificación y monitoreo de tratamiento e inclusión comunitaria de personas que padecen trastornos mentales severos

2014

Director de Tesis: Dr. Hugo Barrionuevo

*Citar como: Patrignoni, A. S. (2014). Programa "Centinela": diseño de un programa para la identificación y monitoreo de tratamiento e inclusión comunitaria de personas que padecen trastornos mentales severos. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/485>*



## **Índice de Contenidos**

- 1. Introducción.**
  - 1.1. Presentación, descripción del problema, contexto y relevancia del problema.
  - 1.2. Estructura de la Tesis.
  
- 2. Planteamiento del Problema.**
  - 2.1. Formulación del Problema de Tesis.
  - 2.2. Árbol de Problemas.
  - 2.3. Objetivos.
  - 2.4. Población Objetivo.
  - 2.5. Actores involucrados.
  
- 3. Marco Conceptual y Referencial.**
  - 3.1. Rehabilitación psicosocial y asistencia a las Personas con Trastorno Mental Severo en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas Sanitarios. Consideraciones respecto a su tratamiento.
  - 3.2. Práctica de la Salud Mental Comunitaria con Personas que padecen Trastornos Mentales Severos. Delimitación de la problemática.
  - 3.3. Hacia la transformación del Hospital Esteves.
  
- 4. Antecedentes.**
  
- 5. Hipótesis.**
  
- 6. Metodología y Técnicas a Utilizar.**
  
- 7. Diagramas y Esquemas de referencia del Programa.**
  - 7.1. Diagrama General.
  - 7.2. Centros de Carga y Actualización de la Información.
  
- 8. Etapas de Implementación y Objetivos Estratégicos.**
  
- 9. Creación y Puesta en funcionamiento del Programa.**
  - 9.1. Creación y puesta en funcionamiento.
  - 9.2. Protocolización de las prácticas.
  - 9.3. Diseño de la Base de datos.
  
- 10. Dispositivos de identificación e ingreso al Programa.**
  - 10.1. Lineamientos generales.
  - 10.2. Población Objetivo.
  - 10.3. Objetivos.
  - 10.4. Metodología.
  - 10.5. Resultados e impacto esperados.
  - 10.6. Conformación del Equipo de trabajo.
  - 10.7. Actividades.

## **11. Unidad de Monitoreo e Intervención.**

- 11.1. Lineamientos generales.
- 11.2. Población a la que está dirigida el Dispositivo.
- 11.3. Objetivos.
- 11.4. Metodología.
- 11.5. Resultados e impacto esperados.
- 11.6. Conformación del Equipo de trabajo.
- 11.7. Actividades.
- 11.8. Indicadores de Impacto.
- 11.9. Tablero de Control de Monitoreo e Intervención

## **12. Dispositivo de egreso.**

- 12.1. Lineamientos generales.
- 12.2. Población a la que está dirigida el dispositivo.
- 12.6. Objetivos.
- 12.7. Metodología.
- 12.8. Resultados e impacto esperados.
- 12.9. Conformación del Equipo de trabajo.
- 12.10. Actividades.
- 12.11. Indicadores de Impacto.

## **13. Indicadores de Impacto del Programa y Diseminación de resultados.**

- 13.1. Indicadores de Impacto del Programa.
- 13.2. Diseminación de resultados.

## **14. Recursos, Financiamiento y Costos.**

- 14.1. Recursos.
- 14.2. Financiamiento.
- 14.3. Costos.
- 14.4. Fuentes posibles de financiamiento y sustentabilidad en el tiempo.

## **15. Análisis F.O.D.A.**

## **16. Algunas reflexiones a modo de conclusión.**

## **17. Referencias Bibliográficas.**

## **18. Anexos.**

- Anexo A. Cuadros de Referencia Estadística.
- Anexo B. Ejemplos de Carga de Datos.
- Anexo C. Documentación de Avances.

## Resumen

Las políticas públicas que prioricen y mejoren la salud mental de la población deben basarse en información confiable y fidedigna, no solo para asegurar los derechos humanos sino también para tener en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Los sistemas de registro y de información del sector de la salud mental son un elemento clave para reducir la brecha existente en términos de información y apoyar a la gerencia de los servicios. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

La recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud de la población afectada, su procesamiento y análisis permitiría una oportuna utilización de los mismos por parte de quienes deben tomar decisiones de intervención, para la prevención y control de los riesgos o recaídas.

Sin embargo en la actualidad nuestro país no cuenta con datos propios sino que se estima la prevalencia de trastornos mentales producto de extrapolaciones de resultados de estudios epidemiológicos de tipo comunitarios llevados a cabo en América Latina y el Caribe. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

En el presente trabajo de tesis se fundamenta y diseña un Programa, denominado Centinela, para la identificación y monitoreo del tratamiento e inclusión comunitaria de Personas que padecen Trastornos Mentales Severos.

Este Programa tendrá como población objetivo a todas las personas que padeciendo este tipo de trastornos haya tomado contacto durante el último año con alguno de los dispositivos de acceso al Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, institución pública de la Provincia de Buenos Aires destinada a la atención de Pacientes con Trastornos Mentales Severos.

Está orientado a identificar a estas personas y contribuir en la disminución de recaídas, que con alta frecuencia constituyen posteriores reinternaciones, determinando adecuadamente los síntomas y situaciones que requieren una intervención que reestablezca y/o favorezca una mayor adherencia al tratamiento y a las redes de integración social.<sup>1</sup>

Centinela es una herramienta, que a través de la exploración, identificación, monitoreo, intervención y elaboración de indicadores de impacto, facilita la gestión estratégica de los servicios en forma integral y participativa y puede cotejarse y analizarse sistemáticamente tanto a nivel regional como nacional.<sup>2</sup>

Lograr el cambio y la modernización de las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud demanda continua capacitación que permita el mejoramiento de las

---

<sup>1</sup>Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

<sup>2</sup>La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación propuso la elaboración y puesta en marcha del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.

competencias del personal, requisito para alcanzar los cambios reales en la estructura y dinámica de dichos centros. En este sentido el Programa ofrece un espacio de formación y promoción en nuevas prácticas ajustadas a la Ley Nacional de Salud Mental en el marco de una institución pública.

## Palabras Clave

<Salud Mental><Servicios de Salud><Gestión Pública><Trastornos Mentales Severos y Persistentes><Recuperación><Inclusión Comunitaria><Recaída><Reinternación>

## Summary

Public policy that prioritizes and improves mental health of the population should be based on reliable and trustworthy information, not only to assure human rights but also to take into consideration the needs of more vulnerable groups. (Health Ministry of the Nation, 2010)

The registry and information systems of the mental health sector are a key element to diminish the existing gap in terms of information and support for management of the services. (Health Ministry of the Nation, 2010)

Gathering, processing, and analysing in a systematically manner information about specific health problems of the affected population will allow an opportune implementation thereof by those people that must make intervention decisions concerning prevention and control of risks and reoccurrences.

Nevertheless, our country does not currently have its own data set. Prevalence estimates of mental illnesses are products of extrapolation results from community type epidemiological studies conducted in Latin America and the Caribbean. (Health Ministry of the Nation, 2010)

In this thesis, a Program called Centinela is based and designed for identifying and monitoring treatment and community inclusion of People with Severe Mental Illnesses.

This Program will have as a target the population that with this illness type have had contact during the last year with any access mechanisms of the Dr. José A. Esteves Inter-zone Hospital, which is a public institution of the Province of Buenos Aires that provides care to Patients with Severe Mental Illnesses.

It is orientated towards identifying these people and help diminish reoccurrences, which frequently later leads to hospitalization, by adequately determining the symptoms and situations requiring intervention that will reestablish and/or favor a greater adherence to treatment and social integration network.

Centinela is a tool that through exploitation, identification, monitoring, intervention, and elaboration of impact indicators facilitates strategic management of services in an integral and inclusive form, and it can be systematically compared and analyzed at a regional and national level.

Achieving change and modernization of the Health Networks of Facilities and Services requires continuous training that improves the knowledge of staff. This is a requirement to achieve real changes in the structure and dynamics of those facilities. In this sense, the program offers a space for training and promotion in new practices adjusted to the National Mental Health Act in the context of a public institution.

### **Keywords:**

<Mental Health><Health Services><Public Management><Severe and Persistent Mental Illnesses><Recovery><Community Inclusion><Reoccurrence><Re-hospitalization>

## **1. Introducción.**

### **1.1. Presentación, descripción del problema y contexto.**

Las Personas con Trastornos Mentales Severos(T.M.S.) han sufrido a lo largo de la historia la marginación, violencia, aislamiento y desidia tanto del sistema sanitario imperante como de gran parte de la sociedad.

Según un estudio realizado en 2010 sobre estimación de padecimientos mentales en la población del país, uno de cada cinco adultos tiene algún tipo de padecimiento mental y o adicción. (Nación, 2011).

La población de la provincia de Buenos Aires asciende según datos del Censo Nacional a 15.594.428 habitantes, es decir que representa la provincia con mayor cantidad de habitantes del país. De este total, 613.192 corresponden al partido de Lomas de Zamora<sup>3</sup> lugar de procedencia del 26% de las personas que en el último año tomaron contacto debido a su padecimiento mental con alguno de los dispositivos de atención del Hospital Esteves<sup>4</sup>, institución pública de la Provincia de Buenos Aires, destinada a la atención de Pacientes con T.M.S..

Hasta hace unos años el modelo de atención a personas con T.M.S. privilegiaba la internación en instituciones psiquiátricas por sobre la atención ambulatoria y la integración comunitaria. En tal sentido, resulta inevitable reflexionar y repudiar el proceso de deterioro subjetivo propio de todo marco de encierro al que quedaban expuestas estas personas. (CELS, 2010)

Sin embargo, este modelo se ha ido modificando en virtud de varios factores tales como nuevos tratamientos farmacológicos, la intervención psicosocial, cambios políticos, culturales y producto de la lucha por los derechos civiles, entre otros, que volvieron al modelo emergente conveniente, viable, sustentable y participativo.

A partir de lo que ha constituido un cambio de paradigma en Salud Mental, se fuerza la superación del modelo manicomial y se propone el desarrollo de servicios de salud y otros dispositivos ajustados a este nuevo modelo y la formación de agentes de salud capacitados en tal sentido, estableciendo un reto organizar y articular una adecuada red y programas que atiendan las necesidades de las personas afectadas con eficiencia social.

La mejora en la salud no se limita entonces a la atención del trastorno, sino también a la prevención y tratamiento de sus secuelas.

---

<sup>3</sup>El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina, denominado a nivel Nacional como el "Censo del Bicentenario", se realizó el día 27 de octubre, y fue llevado a cabo por el INDEC.

<sup>4</sup> Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

En relación a la historia misma de la esquizofrenia existen dos aspectos que la han impregnado: un concepto imbuido de un tono pesimista y una historia asistencial marcada por la cronicidad y el aislamiento social. Ambos aspectos están íntimamente unidos. La idea de deterioro social que ha acompañado al concepto de esquizofrenia es coherente con una visión institucionalizadora que ha marcado la atención a este tipo de pacientes. (Arias & Aparicio, 2003)

Las instituciones psiquiátricas clásicas nos recuerdan más la historia de una renuncia que el esfuerzo por modificar la evolución de esta enfermedad y a la vez mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (Arias & Aparicio, 2003)

El interés por modificar la evolución del curso de los T.M.S. en función de lograr una mejora en la calidad de vida y un buen funcionamiento social ha crecido encontrándose con la necesidad de la atención precoz y la dificultad para determinar adecuadamente los síntomas y situaciones que requieren una intervención que prevenga y disminuya recaídas estableciendo una mayor adherencia al tratamiento y a las redes de integración social.

El estudio de los T.M.S. es una parte sustantiva para ajustar el tratamiento a las necesidades de la población afectada, también lo es la vigilancia epidemiológica.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación (creada por Decreto 457/2010) propuso entre sus acciones, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), la elaboración y puesta en marcha del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.

Para el Ministerio de Salud de la Nación "Una evaluación adecuada del sistema de salud mental y adicciones facilita la definición de las prioridades y la planificación de políticas. Los sistemas de registro y de información del sector de la salud son un elemento clave para reducir la brecha existente en términos de información y apoyar a la gerencia de los servicios; no se trata solo de un simple mecanismo de recopilación de datos, sino que funcionan como una herramienta para la acción." (Ministerio de Salud, 2010)

La vigilancia epidemiológica puede incluir procedimientos de evaluación rápida, sitios centinelas, etc. Es por ello que resulta necesario desarrollar indicadores de salud mental factibles de obtener. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

El sistema de salud mental, a pesar de lo dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), su decreto reglamentario (603/2013) y de la Ley Provincial (N°14.580) en la cual la Provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley 26.657 "Derecho a la protección de la Salud Mental" decreto (60/14 del 10/1/14), en la actualidad funciona desintegrado del sistema de salud general, se trata de estratos institucionales, organizados por niveles en relación a la gravedad y capacidad resolutoria, que trabajan segmentados, sin articulación y que sin embargo atienden las mismas problemáticas.

Avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con T.M.S. demanda un trabajo coordinado y coherente que cubra las diferentes necesidades y problemas de este colectivo y sus familias, para ello se deben ir articulando tanto los sistemas de atención como los de soporte comunitario con un sistema de información y monitoreo que favorezca una adecuada atención y efectiva rehabilitación e integración social.

Una atención integral requiere un sistema de soporte y monitoreo que identifique a la persona que padece un T.M.S., potencie los recursos disponibles y contribuya con la recuperación integral del colectivo afectado favoreciendo con su continuidad el modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.

Algunas de aquellas viejas instituciones han iniciado un proceso de transformación y llevan adelante no solo una revisión de sus prácticas sino que elaboran a partir de su experiencia relativa a necesidades, dificultades y logros en la atención de las Personas con T.M.S. alternativas superadoras que apuntan a un sistema integral para su tratamiento.

En tal sentido el Hospital José A. Esteves, institución pública de la Provincia de Buenos Aires, destinada a la atención de Pacientes con T.M.S., tanto por su magnitud como por la diversidad de sus servicios y dispositivos, atiende y da respuesta a la gran mayoría de las patologías graves y situaciones que se presentan en el campo de la salud mental.

Actualmente se proyecta como una Institución Hospitalaria, que atendiendo a las necesidades del paciente, prioriza la transformación de su relación con la institución promoviendo el tratamiento integral y la inserción en programas de externación asistida, rehabilitación y seguimiento que eviten la internación, disminuya los efectos de la misma, en el caso en que esta fuera necesaria y/o evite su reinternación. Se piensa como una Institución integrada en la red docente sanitaria de pre y postgrado, reconocida por las Instituciones y la Sociedad en general por la calidad en la prestación de sus servicios y la excelencia de sus profesionales.

Cuenta con un Plan Estratégico que tiene como propósito profundizar y consolidar el proceso de Transformación Hospitalaria que se viene llevando adelante, poniendo énfasis en la Rehabilitación Integral para evitar la exclusión social y el deterioro cognitivo, adecuando los servicios a las necesidades de las personas que lo requieren, promoviendo el respeto a sus derechos y cuidando su calidad de vida, en especial en aquellas con mayor vulnerabilidad.

Es entonces en este contexto en el que se implementará el Programa Centinela, cuya potencia está determinada por su universalidad ya que se propone captar a toda Persona con T.M.S. que haga contacto con la institución y se pueda identificar.

Este Programa está orientado a identificar a estas personas y contribuir en la disminución de recaídas, que con alta frecuencia constituyen posteriores

reinternaciones, determinando adecuadamente los síntomas y situaciones que requieren una intervención que reestablezca y/o favorezca una mayor adherencia al tratamiento y a las redes de integración social.

Es una herramienta, que a través de la exploración, identificación, monitoreo, intervención y elaboración de indicadores de impacto, facilita la gestión estratégica de los servicios en forma integral y participativa y ofrece un espacio teórico práctico de formación y promoción en nuevas prácticas ajustadas a la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) en el marco de una institución pública.

## **1.2. Estructura de la Tesis.**

Esta presentación comprende la determinación del problema, su relevancia, la propuesta de intervención del Programa, su pertinencia y sustentabilidad.

La primera parte está dedicada a establecer un marco teórico referencial y experiencias previas, reafirmando la concepción de recuperación integral de las Personas con T.M.S. en virtud del proceso de transformación de la Salud Mental Pública. Se utilizan fuentes originales y de autores nacionales e internacionales, con el objeto de establecer el contexto de aplicación del Programa.

Posteriormente se plantea el Programa, sus objetivos específicos, los actores implicados y la propuesta de creación de una Unidad de Monitoreo e Intervención. Se detalla la articulación con demás dispositivos hospitalarios y de la comunidad y la metodología para la implementación del Programa.

Se construye y fundamenta el proceso de autoevaluación, financiamiento y sustentabilidad del Programa.

Finalmente se establece el FODA y se ensayan algunas conclusiones que incluyen otras alternativas de contribución del Programa para la gestión en la Salud Mental.

## 2. Planteamiento del Problema.

### 2.1. Formulación del Problema de Tesis.

Problema	Línea de base
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alta incidencia de reinternaciones de pacientes con T.M.S. en el Hospital Esteves (el 50% de las internaciones son reinternaciones).<sup>5</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 30% de las reinternaciones son por abandono de tratamiento.<sup>6</sup></li> </ul>

En el año 2010, el Ministerio de Salud de la Nación publicó un boletín oficial donde estimó la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en nuestro país. Dicha estimación partió de considerar una población total en este rango etario de 30.362.640 habitantes y consideró que 6.193.979 de personas padecían algún trastorno mental.<sup>7</sup>(Adicciones, 2010)

<sup>5</sup>Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

<sup>6</sup>Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves. Planilla de egresos 2011/12.

<sup>7</sup> Cabe aclarar que en estas estimaciones no se tuvo en cuenta la comorbilidad de los trastornos y que se presentaron trastornos considerados severos junto a otros que pueden ser considerados menores.

A continuación se presenta en la tabla 1 los datos epidemiológicos de prevalencia sobre Salud Mental en América Latina y el Caribe.

<b>Tabla 1. Tasa Medianas observadas en los Estudios Epidemiológicos seleccionados sobre Salud Mental, América Latina y el Caribe, Prevalencia 2009.</b>			
Trastorno	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Psicosis no afectiva	0.7%	0.7%	1.1%
Depresión Mayor	5.4%	3.5%	7.1%
Distimia	1.2%	0.8%	1.4%
Trastorno bipolar	0.7%	0.6%	0.4%
Ansiedad generalizada	1.3%	0.9%	1.3%
Trastorno de pánico	1.0%	0.4%	1.2%
Agorafobia	1.2%	0.4%	1.7%
Trastorno de estrés pos traumático	1.5%	0.8%	1.0%
Trastorno obsesivo compulsivo	1.2%	1.0%	1.4%
Abuso o dependencia de alcohol	5.6%	9.8%	1.4%
Abuso o dependencia de drogas	0.6%	0.9%	0.2%

Fuente: Estudio realizado por Rodríguez, J.; Kohn, R.; Levav, I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En Salud Mental en la comunidad, 2009., en Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina, Boletín Oficial, Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

En la tabla 2 se muestran los resultados de la aplicación de las tasas internacionales a la población Argentina.

**Tabla 2. Estimación del Número de Adultos de 15 años y más afectados por Trastornos Mentales con Base en las Tasa Medianas calculadas para América Latina y el Caribe, Total Argentina según sexo, prevalencia 2010.**

Trastorno	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Psicosis no afectiva	212.538	102.770	172.493
Depresión Mayor	1.639.583	513.852	1.113.363
Distimia	364.352	117.452	219.536
Trastorno bipolar	212.538	88.089	62.725
Ansiedad generalizada	394.714	132.133	203.855
Trastorno de pánico	303.626	587.26	188.174
Agorafobia	364.352	587.26	266.580
Trastorno de estrés pos traumático	455.440	117.452	156.812
Trastorno obsesivo compulsivo	364.352	146.815	219.536
Abuso o dependencia de alcohol	1.700.308	1.438.785	219.536
Abuso o dependencia de drogas	182.176	132.133	313.62
TOTAL	6.193.979	2.906.933	2.853.972

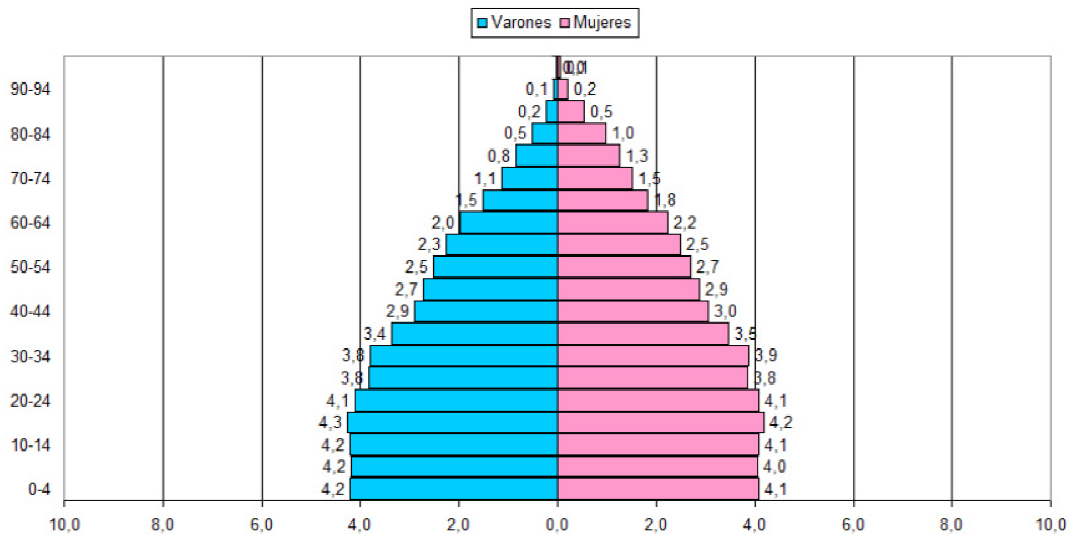
Fuente: Cálculo realizado con los datos de la publicación de Rodríguez, J.; Kohn, R.; Levav, I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En Salud Mental en la comunidad, 2009 y la proyecciones de población del INDEC para el año 2010, en Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina, Boletín Oficial, Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

En dicho boletín se señala que la prevención, la atención curativa y la rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explican 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) observados en América Latina y el Caribe. En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2% (Proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud).

En América Latina y el Caribe esta carga creciente podría obedecer a la transición epidemiológica, desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las crónicas, y a un cambio en la estructura poblacional que hace que un mayor número de personas alcancen la edad que las coloca en riesgo de sufrir trastornos mentales propios de la adultez.

En nuestro país, la población de la provincia de Buenos Aires asciende según datos del Censo Nacional del año 2010 a 15.594.428 habitantes<sup>8</sup>, es decir que representa la provincia con mayor cantidad de habitantes. De este total, 613.192 corresponden al partido de Lomas de Zamora lugar de procedencia del 26 % de las personas que en el último año tomaron contacto debido a su padecimiento mental con alguno de los dispositivos de atención del Hospital Esteves<sup>9</sup>.

Estructura por edad y sexo de la población.  
Provincia de Buenos Aires. Año 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

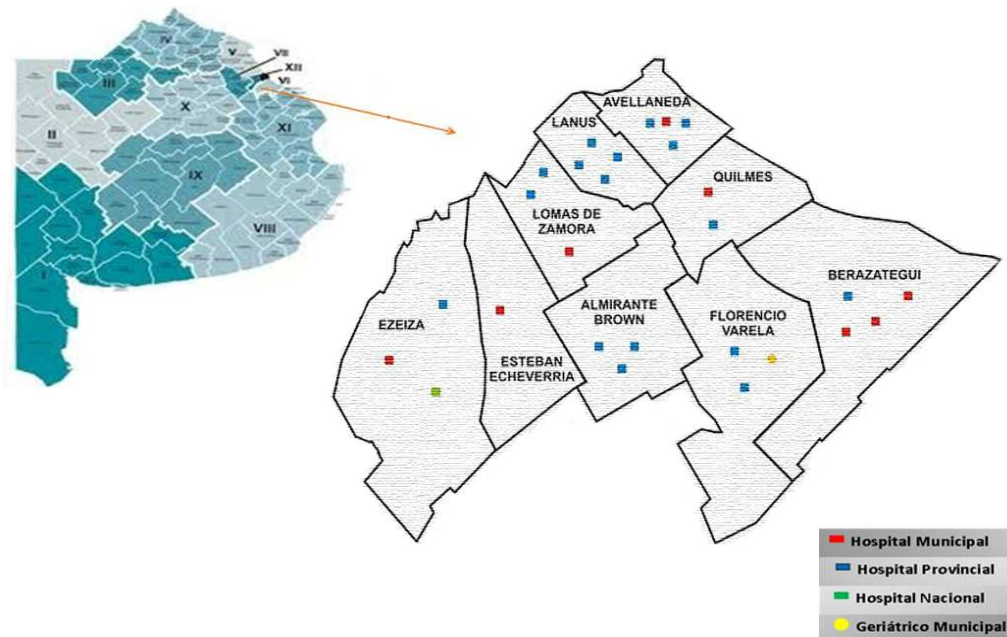
Lomas de Zamora es el segundo municipio con mayor cantidad de habitantes de la provincia, por debajo de La Matanza que cuenta con 1.772.130. Los municipios de Lanús, Almirante Brown, Esteban Echeverría y Ezeiza, de los cuales proviene el restante porcentaje de personas atendidas en el Hospital, tienen un total de 1.468.264 habitantes.<sup>10</sup>

La Región VI comprende: los Municipios antes mencionados, Avellaneda, Quilmes, Berazategui y Florencio Varela. Es una estructura técnica administrativa que depende del Ministerio de Salud y actúa localmente en el conurbano sur de la provincia de Buenos Aires. Su propósito fundamental es coordinar y articular los establecimientos asistenciales con todos sus recursos humanos y tecnológicos en una verdadera Red Asistencial.

<sup>8</sup>Fuente: INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

<sup>9</sup>Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

<sup>10</sup>Fuente: INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.



Fuente: ms.gba.gov.ar

El Banco Mundial, en colaboración con la OMS, calculó en el año 2005 que los denominados trastornos mentales representan una de las mayores causas de años de vida sana perdidos, siendo responsables del 8.1 % de esta pérdida. Sin embargo hasta el momento el acento sigue puesto en los índices de mortalidad y no en los de morbilidad y discapacidad relacionados directamente con la posibilidad de mejorar la calidad de vida de los años ganados y la posibilidad de disminuir la morbilidad y la discapacidad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Según Arias y Aparicio, se consideran como problemática general a analizar los siguientes aspectos:

- a) los antecedentes epidemiológicos de la población objetivo.
- b) la compleja situación socioeconómica de la población que presenta dificultad para el acceso a los centros de salud sumado a la escasa o distorsionada información de la problemática.
- c) las deficiencias del sistema sociosanitario que comprenden: infraestructura insuficiente o inadecuada, superposición de programas, falta o inadecuada coordinación de los organismos implicados, inadecuada utilización de los recursos para la comunicación e información técnica y administrativa entre los organismos y con la población objetivo, falta o inadecuación del seguimiento, monitoreo y evaluación de los proyectos y programas desarrollados hasta el momento, lo que dificulta dar cuenta del impacto de las intervenciones anteriores.

Los aspectos antes detallados determinan:

- Aumento de la carga de enfermedad.
- Aumento de las externalidades negativas.
- Progresivos aumentos de la morbilidad asociados a T.M.S.
- La falta de concientización por parte de la población general, como de la población objetivo de la importancia del tratamiento.
- La falta de monitoreo y evaluación conlleva a la falta de previsión y ajuste de la oferta de atención.(Arias & Aparicio, 2003)

Por otra parte, para la estimación de la brecha de atención en Argentina se tomó, según el boletín oficial del Ministerio de Salud (2010) la media presentada en la publicación antes citada y se traspoló a la estimación de población argentina afectada por cada uno de los 8 trastornos mentales seleccionados.

En Argentina, como en toda la Región, la estimación de la brecha de atención de los trastornos mentales es significativamente alta, más de la tercera parte de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y depresión mayor, y alrededor de tres quintas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol no habían recibido ningún tratamiento de salud mental en el sistema público en el último año. (Adicciones, 2010)

Se deduce que la transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuarán aún más la brecha en la atención por lo cual se vuelven necesarias políticas de salud mental actualizadas, que incluyan la extensión de los programas y servicios existentes hasta el momento. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

El desafío que se presenta es que en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas se incluyan los determinantes sociales.

Para ello es indispensable, cuestión reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación, el conocimiento de los determinantes sociales, económicos, culturales que permiten u obstaculizan la accesibilidad a los servicios de salud y su financiamiento. La demanda que llega al sistema de salud, está afectada por un continuo de ambular por distintos efectores, caracterizados por dispositivos expulsivos y restrictivos. El modelo hospitalocéntrico muestra su fracaso en los hospitales, las colas y listas de espera para acceder a una atención en salud mental lo demuestran y esto se traduce en una desatención y vulneración del derecho a la salud. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Los altos índices registrados de recaídas, falta de adherencia al tratamiento y discontinuidad del mismo hacen que finalmente se agrave el cuadro de situación. (Arias & Aparicio, 2003)

Si bien el tema de las recaídas aún continúa resultando complejo en su análisis y determinación existe un consenso general en que la misma guarda relación entre el tipo de padecimiento y evolución, el tratamiento y su grado de cumplimiento, donde son menores las tasas de recaída entre aquellos que cumplen adecuadamente con las pautas.(Arias & Aparicio, 2003)

Según un estudio acerca del impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico (Rogelio Apiquián–Guitart, 2006) el 42% de los pacientes suspendieron el tratamiento sin indicación médica. Aun cuando la frecuencia de recuperación fue mayor en las psicosis afectivas en comparación con las psicosis no afectivas, la mitad de los pacientes con psicosis afectivas presentó recaída en el año de seguimiento este estudio. El predictor más importante de la recaída fue la suspensión del tratamiento. Los índices de recaída durante el primer año se pudieron reducir de 75% al 15% con un tratamiento profiláctico con antipsicóticos, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el alto costo de este tipo de padecimientos, por lo que es muy importante, según concluyen los autores de este estudio, mantener el tratamiento con una dosis adecuada de antipsicóticos e incluir en el programa de tratamiento la intervención familiar y la psicoeducación para favorecer su cumplimiento.

Es posible identificar un modelo de atención que plantea un circuito semi-automático:

- Persona con T.M.S. – Hospital – Compensación – Externación –  
 – Ausencia de Seguimiento –  
 - Descompensación o Agravamiento – Internación – Aumenta daño y cronificación.

Cuadro de Situación del Hospital Esteves:<sup>11</sup>

Durante el periodo 2011-2012 fueron registrados un total de 582 ingresos de los cuales 288 eran recaídas, es decir que al menos un 49 % de estas personas ya habían sido internadas con anterioridad a este episodio en el Hospital.

De los pacientes con reinternaciones registradas en el Hospital, el 22 % presentaba más de una reinternación.

Aproximadamente un 50 % de los ingresos son nuevos, personas que tienen una primera internación, este dato permite asegurar que existe un crecimiento de la población atendida, en consecuencia, de no mediar alguna intervención alternativa, son también potenciales candidatos a recaídas.<sup>12</sup>

Respecto a la situación diagnóstica el registro de la misma varía de un profesional a otro dificultando la posibilidad de agruparlos fehacientemente, lo mismo ocurre con la medicación que no necesariamente nos permite arribar con exactitud al diagnóstico.

Otros datos de referencia que podrían facilitar la comunicación y monitoreo del paciente en tratamiento no han sido hasta el momento completados en su totalidad volviendo más dificultoso su seguimiento.

<sup>11</sup> Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

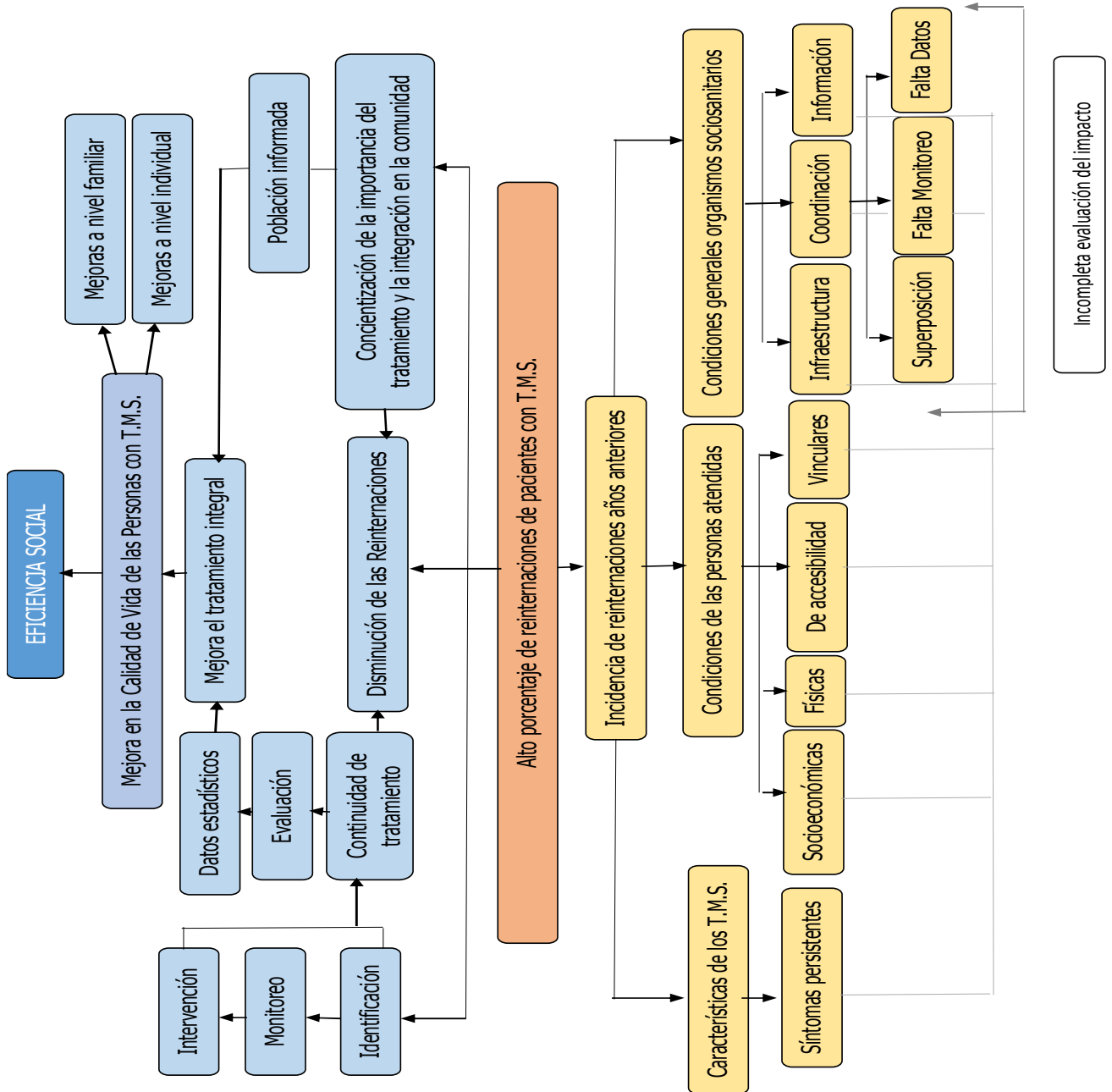
<sup>12</sup> Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.

Estas referencias estadísticas se han limitado a los datos proporcionados por las planillas de ingresos, es decir que no incluyen los registros de las otras modalidades de contacto de las Personas con T.M.S. con la institución, entre ellos los de las Personas en situación de internación, aquellas que se encuentran bajo programas de externación asistida y las que el contacto es a través de guardia o se limita al retiro de medicación. De estas últimas se registra la prescripción médica y la frecuencia con que concurre a retirarlos.

Los referentes de los distintos servicios estiman los siguientes indicadores como predictores de reinternaciones: recaídas e internaciones previas, distancia respecto al agente de salud, antecedentes de abandono y la debilidad de los soportes sociales.

Esta situación es resultado también de la lógica del sistema de salud actual que se limita a atender a la demanda. Este Programa plantea un cambio de la mirada al paciente, no atendiendo solamente la demanda, sino a la necesidad de atención que no necesariamente se traduce o manifiesta en una demanda de atención.

## 2.2. Árbol de Problemas.



### **2.3. Objetivos.**

El propósito del Programa para la Identificación y Monitoreo del tratamiento e inclusión comunitaria de Personas que padecen T.M.S. del Hospital Esteves es disminuir las reinternaciones por abandono de tratamiento.

#### **Objetivos específicos:**

Identificar las personas que toman contacto con la institución.

Determinar las características de la población identificada.

Monitorear en forma periódica la continuidad del tratamiento y o nivel de estabilidad e integración psicosocial de la persona.

Identificar situaciones de riesgo respecto a eventuales recaídas.

Determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar la intervención según protocolo.

Establecer una herramienta de acceso a la información e intervención que favorezca el restablecimiento del tratamiento, la reconexión en la red psicosocial y/o prevenga la recaída, evitándola o disminuyendo sus efectos.

Evaluar el impacto de esta modalidad de intervención en la prevención de recaídas.

Crear un instrumento que, a través de la producción de indicadores contribuya con la gestión estratégica de los servicios.

Contribuir con la formación de profesionales en nuevas modalidades de intervención en Salud Mental.

## 2.4. Población Objetivo.

El Programa Centinela está dirigido a toda Persona con T.M.S. que, a partir de la puesta en marcha del Programa, haga contacto con la institución y se pueda identificar.

Parte del supuesto de que la gran mayoría de las Personas que reciben tratamiento en el Hospital Esteves padecen T.M.S.

### **Población Objetivo Estimada: Según datos estadísticos período 2012**

- Consultorios Externos: 327 Consultas de primera vez y 19.984 ulteriores.
- Hospital de Día: 14 Ingresos y 4 Reingresos sobre un total de 25 plazas con una ocupación del 74,3%, no incluye aquellos que concurrían antes.
- Guardia: 6570
- Ingresos primera vez: 287
- Reingresos: 398
- Ingresos Totales: 685
- Farmacia: 4000 personas por mes aproximadamente retiraron medicamentos.
- P.R.E.A.: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida 80 personas bajo programa (externadas desde su inicio).
- Programa Vuelta a Casa: 230 personas (externadas desde su inicio).
- Salas de Internación: 780 personas internadas en promedio.

## 2.5. Actores Implicados.

Actores Implicados	Intereses en el marco del Programa	Tarea a realizar
<b>Ministerio de Salud de la Pcia. Buenos Aires.</b>	Cumplir con una de sus funciones primordiales: el cuidado de la salud Mental de la población en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo Político</li> <li>- Aporte Financiero</li> <li>- Aporte de Recursos</li> </ul>
<b>Región Sanitaria VI</b>	Coordinar y articular los establecimientos asistenciales, con sus recursos humanos y tecnológicos en la red asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de recursos de capacitación y apoyo técnico</li> </ul>
<b>Hospital Esteves</b>	<p>Cumplir con la responsabilidad del cuidado de la Salud Mental de las personas a quienes asiste.</p> <p>Participar en el Programa.</p> <p>Dar a conocer el Programa y sus objetivos.</p> <p>Posibilitar la articulación de los recursos disponibles con los otros servicios y dispositivos.</p> <p>Suministrar información y difusión de los estudios y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo Político</li> <li>- Aporte Financiero</li> <li>- Disponer del recurso humano necesario para realizar el Programa.</li> <li>- Facilitar las instalaciones para establecer la Unidad de Monitoreo e Intervención.</li> <li>- Convocar y luego supervisar las tareas encomendadas a la Unidad de Monitoreo e Intervención del programa.</li> <li>- Brindar asesoramiento y capacitación sobre la problemática que hace a</li> </ul>

	registros epidemiológicos con que cuenta.	<p>la reinternación de pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar en la difusión del Programa haciendo una presentación del mismo.</li> </ul>
<b>Servicio de Estadística del Hospital Esteves</b>	Colaborar con la carga de datos y brindar información actualizada y completa de las personas registradas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesorar y dar lineamientos sobre la importancia del registro y actualización de datos.</li> <li>- Colaborar en el desarrollo del Programa a través de la capacitación</li> <li>- Brindar apoyo en la carga de datos y actualización.</li> <li>- Contribuir con la elaboración de datos estadísticos a partir de los datos emergentes del desarrollo mismo del programa.</li> </ul>
<b>Unidad de Intervención y Monitoreo</b>	<p>Coordinar las acciones comprendidas en el Programa.</p> <p>Posibilidad de articular los recursos disponibles con los otros servicios y dispositivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinar las acciones de todo el personal involucrado en cada servicio y dispositivo.</li> <li>- Poner a disposición del Programa todos sus recursos humanos y materiales.</li> <li>- Ocuparse del monitoreo y determinar la modalidad de</li> </ul>

		<p>intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser agentes de difusión de medidas preventivas para el cuidado de salud Mental de las personas asistidas.</li> <li>- Recepción de datos estadísticos que le llega del Servicio de Estadística.</li> <li>- Ser agentes de formación de residentes y pasantes.</li> <li>- Elevar a la Dirección del Hospital un informe bimestral de la situación del Programa.</li> </ul>
<p><b>Servicio Social</b></p> <p><b>Consultorios Externos</b></p> <p><b>Admisión</b></p> <p><b>Farmacia</b></p> <p><b>P.R.E.A.</b></p> <p><b>Programa Vuelta a Casa</b></p>	<p>Evitar la internación o reinternación de los pacientes asistidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en la elaboración de los protocolos</li> <li>- Participar de las Reuniones de trabajo pautadas por los referentes del Programa</li> <li>- Constituirse como centro de carga los datos correspondientes de forma clara y completa según protocolos.</li> <li>- Disposición para el trabajo coordinado con las Autoridades del Hospital.</li> <li>- Brindar la intervención requerida por el</li> </ul>

		programa y acordada previamente.
<b>Proveedor del sistema informático</b>	<p>Elaborar el Sistema ajustado a los requerimientos del Programa.</p> <p>Asistir y capacitar a los agentes que tendrán a cargo su implementación y funcionamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar y colaborar con su conocimiento de las reuniones de elaboración de los protocolos y registros de carga de datos.</li> <li>- Elaboración e implantación del sistema ajustado a las necesidades operativas planteadas por las autoridades y el equipo de trabajo del Programa.</li> <li>- Capacitar a los agentes involucrados respecto a la utilización del sistema.</li> </ul>
<b>Otros Centros de Atención e Integración</b>	Atención de la salud integral de la población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituirse como centros de recepción, atención y continuidad del tratamiento ambulatorio y contribuir con</li> </ul>

<b>Comunitaria</b>		la integración en la comunidad de las personas afectadas.
--------------------	--	---

### 3.Marco Conceptual y Referencial

#### 3.1. Rehabilitación psicosocial y asistencia a las Personas con Trastorno Mental Severo en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas Sanitarios. Consideraciones respecto a su tratamiento.

Las Personas que padecen T.M.S.son aquellas cuyas dificultades de funcionamiento personal y social derivadas de ese tipo de trastorno revisten mayor gravedad y grado de discapacidad y generan una mayor complejidad al momento de pensar el tratamiento en el marco del sistema sanitario en general.

Los estudios que se propusieron hacer una estimación de la prevalencia e incidencia de estos trastornos han tenido que enfrentarse a la polisemia del término y a la heterogeneidad de criterios operacionales para determinar la cantidad de personas afectadas.

Para la AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría (Neuropsiquiatría, 2002) , la definición más representativa y que logra mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de salud Mental de EEUU en 1987 y que incluye tres dimensiones: el diagnóstico del trastorno, la duración de la enfermedad y del tratamiento (superior a dos años) y la presencia de discapacidad según criterios que especificaba el NIMH y que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987) que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Estas personas utilizan extensamente los servicios de salud mental. El tratamiento que reciben requiere asegurarles la adecuada provisión de servicios, capaces no solo de atender los síntomas agudos sino también los persistentes y las discapacidades o dificultades para desarrollar su autonomía de esto derivadas.

Los altos índices de recaídas y una falta de consenso en su conceptualización plantean la complejidad del mismo. El término recaída no es asimilable a la buena o mala evolución por cuanto en los últimos años se han introducido otros como calidad de vida y funcionamiento social que contribuyen con su análisis y determinación.

Para Arias y Aparicio, la expresión recaída expresa un cambio, desde una situación previamente estabilizada, y por lo tanto tiene una dimensión cualitativa y otra cuantitativa. Este cambio debe ser suficientemente ostensible. Estos autores toman a Zubin, Steinhauer y Condray (1992) quienes conceptualizan la recaída y señalan que esta ocurre cuando un paciente en remisión (sin síntomas o solo residuales) de nuevo desarrolla síntomas que satisfacen los criterios para un episodio de esquizofrenia y a Lader (1995) quien realiza un análisis de las diferentes acepciones del término y las agrupa en: aquellas más operativas asimiladas a rehospitalización, las derivadas de estudios comunitarios, donde no resulta frecuente la hospitalización y se basa en valorar la necesidad de una actuación más activa e intensa, la de orientación más clínica, que valora el aumento de la severidad psicopatológica, la que valora la disminución del funcionamiento social y finalmente la específica de los ensayos clínicos, donde se hace necesario un cambio para asegurar una medicación más activa para el paciente. (Arias & Aparicio, 2003)

Entre las hipótesis que Zubin propone para analizar las causas de recaídas se encuentran: la hipótesis clínica que relaciona la mala evolución con un subtipo de esquizofrenia, la ruptura de la homeostasis fisiológica, como resultado de uno o varios acontecimientos estresantes, la relacionada con una ausencia o disminución de las habilidades personales para enfrentarse y resolver situaciones estresantes y la combinación de las cuatro.

Los servicios y programas de acompañamiento, seguimiento y rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida integrada en la comunidad de estas personas, siendo según la AEN (Neropsiquiatría, 2002), el apoyo flexible y continuado, necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

El solo hecho de establecer una nueva modalidad de tratamiento no basta, según la OMS, en su Informe sobre la Salud Mental en el Mundo de 2001, resulta necesario garantizar el acceso tanto al uso racional de medicación como a las intervenciones psicológicas y psicosociales.

Garantizar el acceso y uso racional, en lo que a la Salud Mental Comunitaria se refiere, no es fácil de establecer, presenta en la práctica fronteras más bien difusas entre lo que en el clásico esquema de la salud pública se define como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y reinserción social.

La AEN advierte sobre la pertinencia de hablar del papel de la rehabilitación en un sentido amplio, entendiéndola como filosofía y estrategia, afirma que: "... para nosotros la rehabilitación es una característica básica definitoria del conjunto de la atención comunitaria y no de un determinado tipo de dispositivos, equipos o profesionales, ni de un determinado sector o adscripción administrativa. [...] Lo que significa que todos y cada uno de los dispositivos y profesionales, que configuran una red comunitaria de salud mental, deberían basar sus intervenciones en consideraciones rehabilitadoras, en el sentido de orientarlas hacia la consecución del mayor nivel

posible de funcionalidad personal y social de cada una de las personas atendidas, a la vez que deberían incorporar realmente, en todos los niveles de la red, la sensibilidad general sobre las dimensiones funcionales asociadas a la enfermedad, la consideración de cada usuario o usuaria como protagonista del proceso, y la consiguiente inclusión de estos aspectos en la evaluación de necesidades y en la programación y desarrollo de las intervenciones concretas.” (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007)

La Rehabilitación comprende entonces al conjunto de las intervenciones sanitarias y sociales que consideran a la persona con su historia, intereses, expectativas, capacidades y problemas concretos, inserta en el contexto micro y macrosocial en que se desenvuelve (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007) y programas relativos al desarrollo de técnicas rehabilitadoras en el conjunto de la red.

Ahora bien, si partimos de considerar la rehabilitación como una red de atención comunitaria, es preciso definir la perspectiva global del sistema de atención, sus dispositivos y equipos como un programa de atención a Personas con T.M.S., y, en cuanto su concreción individual dentro del marco de un programa individualizado de la atención. Para ello deben establecerse mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal y los espacios de coordinación, desde la discusión de casos y contextos a la gestión de los dispositivos y programas ajustados a esta distinción sin perder de vista que ambos contribuyen a la condición de salud mental comunitaria y deben integrarse y comprenderse en su dinámica.

El reciente concepto de recuperación se desarrolló a partir de la confluencia de diferentes perspectivas: el movimiento asociativo de personas con graves problemas de salud mental y estudios epidemiológicos de seguimiento a largo plazo de quienes padecen T.M.S.. Tanto la visión de las personas asociadas como los datos derivados de los estudios epidemiológicos revelaron que más del 50% de evoluciones razonables a largo plazo han facilitado una imagen muy diferente de la tradicional en lo relativo a sus posibilidades de recuperación personal y social y al protagonismo de las personas directamente afectadas, cuyo papel activo intenta acentuar el concepto empowerment (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007), de difícil traducción a nuestro idioma pero que intenta dar cuenta del empoderamiento, la recuperación de la persona como actor principal de su tratamiento.

De mantenerse el foco solo en los síntomas esto daría como resultado una mirada parcial e incompleta sobre la recuperación y limitaría los recursos disponibles para mejorar la salud integral del paciente.

Vázquez y Nieto – tomando a Kinderman – advierten que: “La aceptación de un modelo de enfermedad para comprender los trastornos mentales graves puede comprometer seria y negativamente la propia filosofía rehabilitadora, las prácticas mismas de la rehabilitación, el análisis de las necesidades, las demandas y las expectativas reales de los “pacientes”, de sus familiares y de la sociedad en general, y las decisiones de los gestores y agentes responsables de delimitar líneas estratégicas

de actuación en el ámbito de la salud y de planificar y asignar dispositivos y recursos.” (Vasquez, 2010)

El criterio que se adopte afectará de manera directa tanto la vida del paciente y su entorno, como a su comunidad al tiempo que variará sustancialmente la tasa de recuperación, efecto también de la estrategia de rehabilitación adoptada.

Para Vázquez y Nieto: “En cualquier caso, la elección de criterios conlleva cuestiones filosóficas, conceptuales, metodológicas (ej.: elección de instrumentos de medida) y tiene sin dudas implicaciones relevantes en cuanto a los resultados que se derivan del uso de unos criterios u otros. [...] la cuestión es más complicada cuando se trata de condiciones crónicas o de trastornos mentales. [...] algunos estudios longitudinales han concluido que un porcentaje significativo de pacientes con T.M.S. están asintomáticos y “recuperados” varias décadas después de la aparición del problema.” (Vasquez, 2010)

Para estos autores: “... el objetivo más razonable de la recuperación puede ser no tanto la vuelta a puntos de funcionamiento previos sino llegar a dotarse de herramientas que permitan avanzar y construir espacios vitales en muchos casos nunca conquistados previamente [...] En un segundo sentido, el curso irregular y salpicado de recaídas y recurrencias en muchos trastornos mentales no es sólo un problema estadístico o epidemiológico. Cada recaída supone un aumento en el nivel de desesperanza, de sensación de impredecibilidad, y un empeoramiento en el funcionamiento y las posibilidades de adaptación [...] En tercer lugar, la irrupción de problemas mentales supone en muchos casos una ruptura de trayectorias vitales en momentos vitales decisivos [...] y eso suele tener un coste adicional importante y suponer una barrera adicional para la “recuperación”. ” (Vasquez, 2010)

La distinción respecto a la concepción de la participación activa dentro del tratamiento por parte de los pacientes afectados, en la medida en que es incorporada por los distintos actores involucrados afecta la organización de servicios y programas de atención sanitaria comunitaria, ya que no entendemos al otro como mero usuario sino a ambos como partícipes necesarios en el tratamiento abriendo un debate al respecto, mostrando una perspectiva de intervención sobre la problemática mucho más compleja e integral que no gira específicamente en torno al cierre de instituciones sino que revisa la coherencia entre sus objetivos y su praxis y la formación que reciben los agentes de salud.

Tanto los documentos de la OMS, como la legislación local determinan que quienes pudieran presentar reticencia o resistencia más o menos directa a la modificación del statu quo, entre ellos aquellos que diseñan políticas públicas u otros pertenecientes al sector privado y de la sociedad civil, están obligados a hacerlo por mandato legal y que quienes se pudieran haber visto limitados en la posibilidad de desarrollar políticas progresistas, encuentren apoyo a su labor a través de cambios legislativos.

Nada hace referencia respecto al inicio y límites de la rehabilitación, entendida como parte del tratamiento y tendiente a la recuperación y acompañamiento integral de la persona que padece este tipo de trastornos.

El terreno fértil, plagado de límites imprecisos ya descritos, no constituye una debilidad sino una oportunidad para la reflexión que, además, impacta y modifica un terreno aún más amplio.

Existen otras disciplinas que aportan instrumentos ya sea de orden conceptual y/o práctico que enriquecen la praxis sin por ello producir un torcimiento de principios ni un forzamiento de las prácticas en lo que a Salud Mental Comunitaria se refiere. La posibilidad de incluir y articular nuevas tecnologías aplicadas a la informatización y comunicación constituye un recurso que enriquece y dinamiza cualquier intervención en el ámbito de la Salud Mental hasta el momento postergado o funcionando de manera fragmentada y disociada.

Respecto al paciente, si bien la Ley de Salud Mental de nuestro país lo posiciona como sujeto de derecho y le otorga una importante participación en decisiones concernientes a su padecimiento y tratamiento es de público conocimiento que hasta el momento el prestador y el beneficiario poseen un desigual bagaje de conocimientos para discernir lo que este último necesita a fin de que pueda preservar o recuperar su salud y mejorar su calidad de vida. Pasaje de ser objeto de un tratamiento a ser sujeto en su tratamiento.

Barrionuevo advierte que: "el médico ejerce una doble intermediación, interviniendo tanto en la oferta como en la demanda: por un lado decide la cantidad y el tipo de los insumos necesarios y por otro lado cantidad y tipo de servicio/"producto" que debe consumir el paciente." y agrega, retomando a Ortun Rubio: "El riesgo de este tipo de relación es que frecuentemente genera una demanda inducida por el médico y el mercado se desdibuja como tal." (Barrionuevo, 2005)

Para Enthoven, citado por Báscolo y Sánchez de León, "la libertad de elección del prestador por parte del beneficiario no sólo no permite minimizar las imperfecciones de la información, sino que, en los casos en que ésta sea la única estrategia para acercar el funcionamiento de los servicios a las reales preferencias de los consumidores, existen altas posibilidades de que éstas sean moldeadas por la misma oferta." (Báscolo, 2001)

Es indispensable establecer la diferencia entre el concepto de necesidad y el de demanda, ya que su desconocimiento o falta de atención puede generar políticas que profundicen las fuentes de ineficiencias e inequidades, resultando indispensable el análisis particular de las brechas entre oferta, demanda y necesidad de servicios de salud mental.

La Economía, por su parte, considera a la Salud un bien que, por definición, es todo aquello que sirve para satisfacer necesidades. Si relacionamos esta definición con la de

Salud dada por la OMS, resulta un bien imprescindible destinado a satisfacer una necesidad compleja en su propia naturaleza.

Debemos recordar además que las necesidades tienden a ser infinitas pero los recursos para satisfacerlas resultan escasos.

El sistema de atención de la Salud Mental también debe basarse en el reconocimiento de las distintas características de la población, sus aspectos demográficos, sanitarios, culturales y socioeconómicos. Dichas diferencias expresan distintas necesidades de servicios de salud.

Definir la necesidad en lo que a Salud Mental Comunitaria se refiere no es exclusivo del juicio médico sino también de la sociedad y el individuo, no debe ser asociado con morbilidad ya que existen situaciones individuales y colectivas que requieren atención y que no pueden ser clasificadas como patologías de acuerdo al desarrollo actual de la ciencia médica.

Las distintas perspectivas para entender la necesidad en salud mental no siempre son coincidentes, entre ellas se pueden diferenciar la determinada técnicamente y la percibida por los grupos sociales, los cuales se diferencian entre sí y respecto a cada individuo en particular.

También se encuentra la perspectiva de la autoridad sanitaria, para la cual la necesidad está en función de la cantidad y calidad de los recursos existentes y la tecnología disponible.

La necesidad de atención no siempre es demanda expresada por la población, más aún en estos casos, existen necesidades no percibidas y necesidades de atención no demandadas explícitamente.

Cualquier decisión tomada en el ámbito de la salud mental incide en la calidad de vida o años saludables de las personas afectadas y en la valoración de los estados de salud consecuente, percibida o no por las mismas y que a su vez se hacen extensivas, como externalidades positivas o negativas, a sus familias y a la comunidad.

Ya la OMS, en 1978 en la Reunión de Alma Ata, ratificó la visión intersectorial de la Salud definiéndola como un derecho humano fundamental y señalando que la promoción y protección de la Salud es un componente del desarrollo económico y social que, sostenido en el tiempo, contribuye a la calidad de vida y a la paz mundial.

La inversión en salud, según Díaz, representa un factor importante y decisivo en el marco del desarrollo de un país y de los potenciales individuales, fundamental en la lucha contra la pobreza. (Díaz, 2005) Entendida de esta forma la inversión en salud, ya no se debería seguir fundamentando la implementación de programas de salud mental a través de la disminución de costos dentro del sector público y el estado debería controlar que no fuera este aspecto el prevalente en el sector privado. Además de resultar en su mayoría una falacia no contribuye a examinar el problema en su

complejidad y extensión, sacando del horizonte la posibilidad de analizar la variable del financiamiento a largo plazo que requiere la implementación y continuidad de los mismos.

La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial sanitario que tenga como objetivo la atención de Personas con T.M.S. que aspire a un modelo comunitario integrador.

La limitación o reducción del tratamiento a la situación de crisis o al período de internación deja por fuera los aspectos deficitarios persistentes y coarta los derechos de estas personas, contribuyendo a su cronificación, estigmatización, marginalidad, deterioro de su calidad de vida y aumento de la carga de la enfermedad favoreciendo la producción de externalidades negativas asociadas a la situación descripta.

Esto no quiere decir que la respuesta esté en la prolongación en el tiempo de las internaciones, el tratamiento no se reduce al período de internación ni es su exclusividad, el rol de los hospitales tampoco.

Aquellos síntomas negativos resistentes a la atención exclusivamente medicamentosa son objeto de la rehabilitación y no debieran ser tratados tardíamente, discontinuadamente e interrumpidos con el solo criterio de la externación ni acotados y determinados por la internación. Tampoco esto debiera quedar solo bajo la responsabilidad de servicios sociales, la voluntad de asociaciones de familiares o entidades privadas que impongan el valor de mercado de este tipo de prestaciones, sino que es el estado quien debiera regularlo y proveerlo de forma equitativa e igualitaria como parte de un tratamiento de Salud Mental Comunitaria e Integral.

Uriarte afirma que: "...Teniendo en cuenta que los servicios sanitarios son públicos y gratuitos, y los sociales repercuten parte del gasto en el usuario, convertir síntomas en discapacidades y minusvalías, y relegar estas últimas al ámbito social es una forma de gestión que sin duda contribuirá a reducir gastos sanitarios (a costa de los pacientes más enfermos)." Y retoma las palabras de Shepherd cuando dice: "Tradicionalmente se viene manteniendo una falaz distinción entre tratamiento y rehabilitación, que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales." (Uriarte, 2004)

La rehabilitación es un objetivo y un proceso en función de que la Persona con P.M.S. y Persistente obtenga los mejores resultados terapéuticos y en calidad de vida.

Un aspecto fundamental de la calidad de vida es la capacidad de decisión sobre el propio destino, la autonomía, la máxima independencia, de acuerdo con una política de derechos humanos.

Aunque el análisis detallado de necesidades excede las posibilidades del presente texto resulta elemental resaltar la importancia de incrementar la cantidad y capacidad de

intervención de los equipos multidisciplinares de rehabilitación comunitarios y de programas de apoyo social ajustados a este paradigma que incluyan la participación activa por parte de las Personas con padecimiento mental. Este incremento debe estar acompañado de medidas de gestión que integren los distintos servicios sanitarios comunitarios adecuando, favoreciendo y sosteniendo el trabajo en red y asegurando su funcionamiento como tales.

No se trata solo de poner en marcha nuevos programas de rehabilitación, ni de llevar adelante una labor de identificación, monitoreo y seguimiento intensivo de personas con dificultades de atención o de intervención precoz sino que de los mismos resulte una atención participativa, igualitaria e integral.

Según la AEN (Neropsiquiatría, 2002), se trata de ayudar a las Personas con T.M.S. y persistentes a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y apoyarlas en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc. Opera en estos escenarios ayudando tanto a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal deteriorada, debiendo articular, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles.

Según lo planteado hasta aquí no pareciera posible acotar el proceso de atención a un período de crisis, ni plantearlo como un corte quirúrgico extremadamente exacto determinado por una de las partes involucradas, pero para ello debe aportarse una supra instancia que monitoree la situación y el contexto de la Persona en tratamiento.

No solo la Persona que padece un T.M.S. y persistente es quien debe sostener el tratamiento, sino que también debe hacerlo el equipo terapéutico, se impone entonces estudiar la afectación que se produce en ambos y extender este análisis al vínculo que se establece entre la Persona que requiere atención en el marco de la Salud Mental Comunitaria con otros dispositivos, instituciones, comunidad y el estado mismo como el último garante.

Todo ello exige un consecuente trabajo de sistematización teórica, investigación y debate profesional y ciudadano, distinguiendo una filosofía, una estrategia, un nivel de cuidados y un conjunto de prestaciones concretas. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007)

### **3.2. Práctica de la Salud Mental Comunitaria con Personas que padecen Trastornos Mentales Severos. Delimitación de la problemática.**

La Salud Mental Comunitaria, se enmarca y toma impulso en las transformaciones de orden social, político y tecnológicas iniciadas en el siglo XX.

Para Uriarte "La traducción final del modelo comunitario es la de proporcionar a las personas afectadas los medios, sanitarios y sociales, necesarios para poder ejercer la condición de ciudadano, la auténtica rehabilitación." (Uriarte, 2004)

La rehabilitación en lo que a Salud Mental Comunitaria se refiere, requiere recursos, conocimiento técnico, servicios educativos vocacionales y sociales que la potencien y acerquen las necesidades de las Personas con T.M.S. y sus familias a los recursos disponibles de manera de favorecer la integración de los mismos en un marco de eficiencia y optimización.

Esta transformación puede responder o no de manera directa a factores de desarrollo económico y/o político pero requiere como condición sin eua non de una cultura de respeto a los derechos humanos.

Por otra parte, la transformación no se produjo ni se produce con igual intensidad en todas las regiones, países, provincias o estados, instituciones, servicios, etcétera, hasta llegar a sus bases, donde existen espacios de gran autonomía entre los denominados: agente de salud y usuario.

Los titulados procesos de reforma psiquiátrica abarcan un amplio espectro de acciones, muchas de las cuales quedan asociadas directamente con procesos de desinstitucionalización y se centran o circunscriben en este aspecto de la problemática actuando solo sobre esta parte del sistema, produciendo un desarrollo por lo pronto desigual y a futuro insuficiente, incierto e ineficiente en el sistema sanitario en su conjunto. Aun cuando en algunos sectores haya mejorado y en gran medida la calidad de vida y autonomía de las personas que padecen este tipo de trastornos, esta modalidad no logra replicarse y ser accesible a toda la población. Se trata de un desarrollo segmentado e incompleto, no solo debido a dificultades financieras, de establecimiento y trabajo en red o de formación de los profesionales y demás actores involucrados, sino también en la gestión de su aplicación.

Por otra parte, las instituciones de salud y sus actores muchas veces resisten al cambio en post del imaginario de auto conservación y al mantenimiento de cierto status quo, o ven en el otro que opina distinto a un enemigo, creando un estado de cosas donde la confrontación imposibilita la aplicación del nuevo paradigma.

Es finalmente en el sector público en el que recae la responsabilidad de intervenir sobre esta realidad haciendo efectiva la práctica de la Salud Mental Comunitaria atendiendo también a aquellas Personas que por la Severidad del Trastorno y su

Persistencia ven muy dificultada la integración y limitado el tratamiento a los períodos de mayor vulnerabilidad, considerados riesgosos para sí o para terceros. Frecuentemente estos tratamientos están acotados a los de orden farmacológico, en otros incluyen los psicosociales pero no se mantienen de forma sostenida y regular una vez superada la crisis.

Se produce entonces una equiparación de la mejoría clínica con la calidad de vida de los pacientes y sus familias y cuando se cree resuelta la una se supone resuelta la otra o se entra en litigio con algún otro estamento del estado al que se le adjudica la responsabilidad.

Estas prácticas no hacen más que reflejar la contradicción respecto al concepto mismo de salud establecido por la OMS y la desatención y el desentendimiento respecto al objetivo fundamental de un Sistema Sanitario Público.

Uriarte señala que "El concepto de rehabilitación, tomado de la medicina "física", con sus conceptos simples de lesión, síntoma, secuela, se torna mucho más resbaladizo al ser aplicado a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, en la que el nivel actual de conocimientos impide separar síntomas de secuelas, en que la cronicidad puede adoptar formas clínicas en extremo variopintas, y en la que se confunden y entremezclan las consecuencias sociales con la clínica de la enfermedad." "...la asistencia psiquiátrica parece cada vez más centrada en el corto plazo, en el tratamiento sintomático, relegando el tratamiento a largo plazo, el de la clínica persistente, el de las secuelas y la cronicidad, a los espacios menos dotados y transformados del sistema sanitario y al sistema social." (Uriarte, 2004)

Aquello que llamamos monitoreo o seguimiento, continuando el pensamiento del autor antes citado, resulta indistinguible de la organización de la asistencia continuada y de rehabilitación a largo plazo de estas Personas, integrando los medios disponibles y las técnicas eficaces conocidas en pos de identificar el riesgo de recaída y articulando los medios necesarios para evitar que se produzca o morigerar sus efectos.

La consideración de la modalidad de atención integral de la Persona con T.M.S.se encuentra en documentos y recomendaciones tanto de organismos internacionales como nacionales (OMS, Declaración de Caracas, 1990 y Ley Nacional de Salud mental n° 26657 de 2010).

La OMS señala:

"Los gobiernos, como garantes últimos de la salud mental de la población deben poner en marcha políticas, dentro del contexto de los sistemas sanitarios generales y de las disponibilidades financieras que protejan y mejoren la salud mental de la población [...] Dichas políticas deben asegurar el respeto por los derechos humanos y tomar en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables. La asistencia debe moverse desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios [...] Los medios de comunicación y las campañas de sensibilización a la población pueden ser efectivos para reducir el estigma y la discriminación [...] Debe apoyarse a las ONG y a los grupos

de usuarios y familiares, útiles para mejorar la calidad de los servicios y las actitudes de la población [...]” (O.M.S., 2006)

En la Ley Nacional de Salud Mental, LEY 26.657, encontramos en el capítulo IV el planteo de un nuevo paradigma donde el Estado reconoce a las Personas con Padecimiento Mental el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, establece el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria y considerando que el padecimiento mental no es un estado inmodificable. Por otra parte, en el capítulo referido a la modalidad de tratamiento, establece que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Según el Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación del 2006, la misma juega un papel importante en el intento de asegurar que una Persona que sufre Trastornos Mentales pueda participar en la comunidad, siendo requisitos el acceso a tratamiento y atención, un ambiente propicio, vivienda, servicios de rehabilitación, empleo, protección contra la discriminación e igualdad y derechos civiles y políticos. La OMS afirma que el proceso de redacción, adopción e implementación de legislación consolidada ofrece una buena oportunidad de elevar la conciencia de la sociedad sobre los trastornos mentales y educar a quienes diseñan las políticas públicas y a la sociedad en general acerca de cuestiones tales como derechos humanos, estigma y discriminación, cuestiones que no se resuelven con el mero dictado de una Ley. (O.M.S., 2006)

La formulación de políticas y la legislación son aportes complementarios para la mejora de la atención y los Servicios de Salud Mental, pero si no hay voluntad política, recursos e instituciones adecuadas, servicios de apoyo comunitario, personal capacitado y una buena gestión de los mismos, la mejor política y la mejor legislación tendrán escaso significado en el mejor de los casos y en los otros definitivamente será iatrogénico.

La conceptualización de la problemática incluye tanto la definición y caracterización como la prevalencia de los T.M.S. y persistentes que permiten dimensionar con claridad la relación entre la necesidad de atención, la carga impuesta por la enfermedad y los años de vida ajustados por discapacidad, ya sea para quien la padece como para su entorno familiar y los recursos necesarios para su atención en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

El Banco Mundial, en colaboración con la OMS, calculó en el año 2005 que los denominados trastornos mentales representan una de las mayores causas de años de vida sana perdidos, siendo responsables del 8.1 % de esta pérdida. Sin embargo hasta el momento el acento sigue puesto en los índices de mortalidad y no en los de morbilidad y discapacidad relacionados directamente con la posibilidad de mejorar la

calidad de vida de los años ganados y la posibilidad de disminuir la morbilidad y la discapacidad. (Barrionuevo H. y., 2012)

Para Saraceno conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento constituye una necesidad impostergable y surge por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido tratadas que, según este autor, en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces. Saraceno considera que si se dispusiera de mayor información sería más factible abogar mejor por los intereses de las personas que necesitan atención, adoptar políticas más eficaces, formular programas de intervención innovadores y adjudicar recursos en conformidad con las necesidades observadas. (Caraveo-Anduaga, 2005)

Superar las brechas en salud mental implica aumentar y mejorar la atención de la salud de quienes padecen Trastornos Mentales, es una respuesta a una amplia brecha en los tratamientos para aquellos que sufren de enfermedades mentales en el mundo en desarrollo entendiendo a las disparidades sanitarias como aquellas que hacen crecer las disparidades económicas.

Margaret Chan afirma que: "Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención." Para Chan: "Tenemos el conocimiento. Nuestro principal reto es ahora ponerlo en práctica y llegar a esas personas que más lo necesitan." (O.M.S., 2008)

Surge entonces el interrogante acerca de quiénes son las personas afectadas, donde se encuentran, cuál es su distribución territorial, su nivel de accesibilidad a los servicios, qué tipo de servicios necesitan y debieran serles garantizados.

El estudio de los T.M.S. es una parte sustantiva para ajustar el tratamiento a las necesidades de la población afectada, también lo es la Vigilancia Epidemiológica.

La Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental permite la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en estas poblaciones. Su procesamiento y análisis reconoce una oportuna utilización de los mismos, por parte de quienes deben tomar decisiones de intervención, para la prevención y control de los riesgos o recaídas.

La evaluación de sistemas de vigilancia en salud debe promover el mejor uso de los recursos sanitarios, asegurar que problemas importantes para los que se dispone de medidas de control y prevención están bajo vigilancia, haciendo de los sistemas de vigilancia una herramienta eficiente.(Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Un aspecto que requiere cuidado es el territorial. Este pone de relieve la importancia del respeto por las particularidades culturales de las Personas que requieren atención así como también la posibilidad de acceder a la misma. Como contrapartida, no atender a estas cuestiones favorecería el desarraigo y la ruptura con la red primaria de

contención. Se presenta la paradoja de que, aun habiendo planteado un modelo de atención mental comunitaria este se concentra en los centros urbanos.

El proceso de recuperación de la salud, en el marco de la comunidad, no se corresponde con el abandono del tratamiento de ninguna de las partes involucradas, ya sea paciente, familiares, terapeuta, institución, la comunidad en su conjunto, el Estado.

Identificar a la persona y su contexto impone la elaboración de métodos de detección, caracterización, seguimiento y sostenimiento del proceso de atención iniciado, constituyendo no solo una fuente de información para las intervenciones terapéuticas posteriores sino también determinando dificultades planteadas en el marco del proceso de atención adoptado<sup>13</sup>, que permitan debatir, diseñar e implementar dispositivos e instancias más ajustados a la solución de la problemática, con el fin de evitar recaídas o disminuir los efectos negativos de las mismas.

Este proceso debe incluir en sus distintos dispositivos e instancias, tal lo consideran también los organismos internacionales como la OMS en su Guía de intervención mhGAP, a los diferentes actores de la comunidad, involucrando activamente a las personas con padecimiento mental, sus cuidadores y a otros agentes multidisciplinarios de salud tanto en su diseño como en su implementación y evaluación, si es que verdaderamente el objetivo es dar continuidad al modelo.

En el Capítulo II, Artículo 3 de la Ley "se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas".

La base conceptual del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013) advierte que cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de desinstitucionalización se hace referencia a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos y que estas producciones van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia. La deconstrucción coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y en constante transformación.

Esta reorientación del modelo nos involucra a todos en un proceso lento y complejo pero irrenunciable en la búsqueda de la Integración Social Comunitaria.

La estrategia para lograr el cambio y la modernización de las Redes y Servicios de Salud Mental requiere de un proceso continuo de capacitación, lo que permitirá el mejoramiento de las competencias del personal de los establecimientos de salud,

---

<sup>13</sup> La Ley Nacional de Salud Mental emplea preferentemente conceptos tales como "personas con padecimiento mental" y "procesos de atención" respecto a otros como "enfermedad mental" y "tratamiento".

requisito para alcanzar los cambios reales en la estructura y dinámica de dichos centros.

### **3.3. Hacia la transformación del Hospital Esteves**

El Hospital Esteves es una institución que brinda atención a Personas provenientes de la Provincia de Buenos Aires, extendiendo su población, en algunos casos, a aquellas que lo hacen de otras provincias y países limítrofes.

Se trata de un Hospital de referencia provincial, de tercer nivel de atención que contempla tanto la modalidad de tratamiento ambulatorio como la internación, pero que se propone incidir favorablemente en los otros niveles.

Su creación data del 1800, hace ya más de 100 años. La misma se produjo en respuesta a un exceso de la población registrada en el Hospital Moyano que determinó la derivación de un grupo de pacientes que, debido a la cronicidad de su patología, se consideró en aquel momento solo requería atención de tipo asilar.

Comenzó siendo una colonia, con una capacidad de 800 camas que alojaba pacientes con patología psiquiátrica de evolución crónica y sin familia. Logró su autonomía en el año 1946 y pasó a depender del Instituto Nacional de Salud Mental en 1958. Recién en 1976 recibió la denominación con la que cuenta en este momento.

Durante el periodo 2009 se registraron un total de 2370 externaciones, 44 defunciones y 871 internaciones, 50 % de estas últimas constituyeron reinternaciones.

En ese mismo año llegaron a residir en el Hospital de manera simultánea más 1200 personas con padecimiento mental severo y persistente.

En el transcurso del año 2013, la cantidad de personas en situación de internación no superó en ningún caso las 750. Si bien continúa siendo una proporción muy importante, en un alto porcentaje se trata de personas que han permanecido internadas por más de cinco años y cuyos vínculos con su familia y comunidad se han visto muy deteriorados. Tanto la cantidad de personas internadas como el tiempo que permanecen en esta situación está en franca disminución, lo anteceden años de una práctica internacionista y de modelo asilar.

Actualmente el Hospital está dedicado a la atención integral de Personas con T.M.S. y presta servicios tanto de internación como tratamientos ambulatorios, con cobertura a nivel interzonal y especialmente de la Región Sanitaria VI en lo referido a la atención ambulatoria.

La atención ofrecida incluye las áreas de Psiquiatría, Psicología, Clínica Médica, Geriátrica, Hospital de Día, Rehabilitación, Externación Asistida y Cuidados Paliativos, así como Cuidados de Enfermería y entrega de medicación, garantizando la seguridad de la prestación a sus pacientes y a la población más humilde, mediante el uso eficiente

de la información, el aprovechamiento tecnológico, la investigación y la atención permanente a la familia del paciente, con el fin de conseguir una óptima reintegración de los mismos a su entorno familiar y social.

Se proyecta como una Institución Hospitalaria, que atendiendo a las necesidades del paciente, prioriza la transformación de su relación con la institución promoviendo el tratamiento integral y la inserción en programas de externación asistida, rehabilitación y seguimiento que eviten la internación, disminuya los efectos de la misma, en el caso en que esta fuera necesaria y/o evite su reinternación.

Se piensa como una Institución integrada en la red docente sanitaria de pre y postgrado, reconocida por las Instituciones y la Sociedad en general por la calidad en la prestación de sus servicios y la excelencia de sus profesionales. Cuenta con Residentes de distintas especialidades, el Curso de Especialista en Psiquiatría y Convenios de pasantía con distintas Universidades.

El Hospital Esteves, tanto por su magnitud como por la diversidad de sus servicios y dispositivos, atiende y da respuesta a la gran mayoría de las patologías severas y situaciones que se presentan en el campo de la Salud Mental.

El Plan Estratégico desarrollado por el Hospital tiene como propósito profundizar y consolidar el proceso de Transformación Hospitalaria que viene llevando a cabo a partir de los principios, ejes estratégicos, dimensiones y objetivos que se ha propuesto, poniendo énfasis en la Rehabilitación Integral para evitar la exclusión social y el deterioro cognitivo, adecuando los servicios a las necesidades de las personas que lo requieren, promoviendo el respeto a sus derechos y cuidando su calidad de vida, en especial en aquellas con mayor vulnerabilidad.

Se plantea entonces una transformación que atiende a cuatro ejes, según lo establecen sus autoridades y comparten gran parte de sus otros actores: la Salud Mental Comunitaria, la integración del Hospital a la Comunidad, la orientación del Hospital a la Persona con padecimiento mental, sus Derechos y Calidad de Vida y el Hospital Escuela en Salud Mental.

Uno de los aspectos más importantes, eje estratégico del proceso de transformación hospitalaria, es la orientación hacia las necesidades de las personas con padecimiento mental que hacen contacto con el Hospital a través de los distintos dispositivos y servicios, ofreciendo tanto atención médica, psicológica y social, como apoyo a su autonomía, asesoramiento y respaldo en la defensa de sus derechos, beneficios previsionales y cobertura social.

La práctica se orienta a la promoción y prevención, fortaleciendo las acciones en este sentido, mejorando la prevención y detección precoz, el sostenimiento y la atención en crisis a través del fortaleciendo y sostenimiento de los pacientes en la comunidad de manera de disminuir las reinternaciones, al tiempo de mantener internaciones breves con procesos de rehabilitación y reinserción social multidisciplinarios, mediante el fortalecimiento de los programas de rehabilitación y externación-reinserción de base

comunitaria ya existentes que estimulan la participación activa de las Personas afectadas e integrando al Hospital a la comunidad mediante sus servicios de salud y la relación con otros actores sociales.

Esta transformación requiere de la formación de nuevos y renovados actores consustanciados con la propuesta, para lo cual se han recuperado las residencias, se ha desarrollado la Carrera de Especialistas en Psiquiatría, se han fortalecido los espacios de capacitación en servicio y se prevé desarrollar nuevas propuestas de capacitación y trasmisión de las experiencias.

Los cambios producidos y los que aún constituyen pendientes requieren su continuidad para no ser producto de modas, ni luchas personales, sino contribuir verdaderamente con la calidad de vida del conjunto de los actores involucrados.

## 4. Antecedentes

La principal política mundial en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud es el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, originalmente Mental Health Global Action Programme y posteriormente Mental Health Gap Action Programme reafirmando el sentido más literal la palabra "gap", brecha en inglés, diferencia en este caso entre la importancia de la salud mental y los pocos recursos a ella destinados.

En el Boletín publicado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones deja asentado que las políticas públicas que prioricen y mejoren la salud mental de la población deben basarse en información confiable y fidedigna, no solo para asegurar los derechos humanos sino también para tener en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables, así como las diferencias culturales y regionales, que abundan en nuestro país. Entre otras cosas advierte el organismo, deberíamos contar con la notificación periódica acerca de los datos de salud mental, suficientemente detalladas para poder evaluar la eficacia de políticas, servicios y tratamientos. (Nación, 2010)

Este Boletín da cuenta de que las fuentes existentes de información sobre morbilidad por trastornos mentales son los registros de egresos del Programa Nacional de Estadísticas e Información de Salud. El mismo releva datos de producción de los Servicios, entre ellos de Salud Mental: egresos y Registro de Actividades. El instrumento de recolección son las Planillas de Consultorio Externo y el Informe Estadístico de Hospitalización.

Según el flujo de información actual los Servicios de estadísticas de los hospitales confeccionan, con los datos registrados en las Planillas por los Servicios de Salud Mental, bases que envían al Nivel Central de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud para su consolidación provincial.

Estos registros hospitalarios presentan ciertas limitaciones para la vigilancia epidemiológica ya que los diagnósticos de egresos no prevén información sobre casos

de trastornos mentales con patologías moderadas o leves y aun respecto de las graves ya que cada vez más son tratados ambulatoriamente, sin producirse la internación y el posterior egreso del paciente. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Por otro lado, los diagnósticos de consultorios externos no son procesados.

Si bien existen experiencias locales de recolección de motivos de consulta, los mismos carecen de estandarización que permita comparar resultados. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

En la actualidad, según informa el Ministerio de Salud de la Nación, la Vigilancia Epidemiológica se realiza a través del software del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SNVS- y a partir de su implementación se están creando nodos en todas las jurisdicciones, incrementando la conectividad de las redes intraprovinciales existentes. (Nación, 2010)

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su Art. 35, ordena la realización de un Censo Nacional de pacientes internados. A tal efecto se realizó un estudio de factibilidad para su implementación junto al INDEC. Durante el 2011 se trabajó en la instrumentación de la fase piloto en la Colonia Nacional Montes de Oca y en la elaboración del proyecto de instrumento de relevamiento para el Censo Nacional de Personas Internadas que impone como obligación a la Autoridad de Aplicación la Ley Nacional de Salud Mental y se continuó trabajando en la definición de la modalidad para su implementación. (Nación, 2011)

También en el año 2011 desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se consideró fundamental recuperar la historia de los actores e instituciones del territorio nacional para elaborar y planificar las acciones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones acorde a la realidad y trayectoria del territorio. En este marco, a través del Concurso “Buenas Prácticas en la Construcción de Bases de Datos, Procesamiento y Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones”, se seleccionaron 4 experiencias para que el Equipo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones les brindara asesoramiento técnico con el objetivo de maximizar los procesos que vienen realizando y con la posibilidad de presentarse en la convocatoria 2013 de las Becas de Investigación “Carrillo-Oñativia” de la Comisión Nacional de Salud Investiga.

En dicha convocatoria fueron seleccionadas las siguientes experiencias:

*Hospital de Niños V. J. Vilela dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Provincia de Santa Fe.*

Un desafío teórico - metodológico: la inclusión de la Epidemiología como articulador de la clínica y lo sanitario en la gestión de un Servicio de Salud Mental en un Hospital Pediátrico de alta complejidad.

*Municipalidad de Gualguaychú. Provincia de Entre Ríos.*

Plan Operativo Local de Implementación de Salud Mental Comunitaria POLISaMeCo.

*Hospital. I. "José Esteves". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Elaboración de instrumentos de registro y evaluación de procesos de rehabilitación y asistencia de pacientes externados del hospital monovalente.*

*Hospital Dr. A. Korn. Melchor Romero. Provincia de Buenos Aires. Hacia una atención integral e interdisciplinaria: aportes del trabajo social para pensar el registro en guardias de salud mental.*

En la actualidad no se registran publicaciones respecto a avances o resultados de estas experiencias.

En febrero de 2014 nueve provincias argentinas comenzaron a implementar el Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental (RESAM), coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación para orientar políticas públicas y avanzar en los principios expuestos por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

San Juan, San Luis, La Rioja, Mendoza, Santa Fe, Misiones, Corrientes, Chaco y Entre Ríos son las primeras jurisdicciones en poner en marcha esta herramienta que formará parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

Esta herramienta servirá para conocer el número de personas internadas, sus condiciones de internación, caracterización sociodemográfica, situación judicial, social y familiar.

Dicho registro permitirá a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones monitorear la atención dada a cada paciente y hará que el Estado pueda actuar con eficacia como agente promotor de derechos.

En lo que se refiere al mantenimiento y acceso a los datos personales y contenidos sensibles en el SISA, el RESAM fue concebido sobre la base de las prescripciones jurídicas que establece la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326, fijando que sólo el efector de salud y el propio ciudadano podrán acceder a los datos personales recabados.

Respecto a antecedentes sobre estudios referidos al tema de las recaídas aun continua resultando complejo en su análisis y determinación existe un consenso general en que la misma guarda relación entre el tipo de esquizofrenia y evolución, la medicación y su grado de cumplimiento (donde son menores las tasas de recaída entre aquellos que cumplen adecuadamente con las pautas de medicación – Goldstein, 1995 – aunque también se ha registrado un porcentaje de recaídas en pacientes que realizan un buen cumplimiento de la medicación prescrita – Huxley, 2000). Otros estudios asimilan recaída a rehospitalización, lo cual no debe llevar a concluir que durante el seguimiento la evolución fuera siempre mala. Por su parte Kissling (1994) advierte que las medidas para mejorar el grado de cumplimiento de la medicación surgieron treinta años después de los neurolépticos, en la época de la psiquiatría comunitaria. (Arias & Aparicio, 2003)

Según un estudio acerca del Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico (Rogelio Apiquian–Guitart, 2006) El 42% de los

pacientes suspendieron el tratamiento sin indicación médica. Aun cuando la frecuencia de recuperación fue mayor en las psicosis afectivas en comparación con las psicosis no afectivas, la mitad de los pacientes con psicosis afectivas presentó recaída en el año de seguimiento en nuestro estudio. El predictor más importante de la recaída fue la suspensión del tratamiento. Los índices de recaída durante el primer año se pudieron reducir de 75% al 15% con un tratamiento profiláctico con antipsicóticos, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el alto costo de este tipo de padecimientos. Por lo que es muy importante mantener el tratamiento con una dosis adecuada de antipsicóticos e incluir en el programa de tratamiento la intervención familiar y la psicoeducación para favorecer el cumplimiento con el tratamiento.

Se incluyeron 66 pacientes con primer episodio psicótico. La mayoría de los pacientes tuvieron el diagnóstico de psicosis no afectivas ( $n=43$ , 65%) y los pacientes restantes correspondieron al grupo de psicosis afectivas ( $n=23$ , 35%), la duración de la psicosis no tratada de estos pacientes fue de  $54 \pm 65.9$  semanas, con una mediana de 27 semanas.

La evaluación clínica se realizó al inicio del estudio y trimestralmente hasta completar los 12 meses de seguimiento. Para determinar el curso clínico y el pronóstico de los pacientes se aplicaron en cada evaluación los criterios de recaída y recuperación descritos por Tohen y Frank. Al finalizar el seguimiento a un año se aplicó la escala pronóstica de Strauss–Carpenter, para determinar la recuperación de los pacientes en diferentes dimensiones (número de hospitalizaciones en un año, relaciones sociales, funcionamiento laboral y presencia de síntomas psicóticos activos en el último mes).

## 5. Hipótesis

El predictor más importante de la recaída de Personas con Trastornos Mentales Graves es la suspensión del tratamiento.

La puesta en funcionamiento de un Programa para la identificación y monitoreo del tratamiento e inclusión comunitaria de Personas que padecen Trastornos Mentales Severos y Persistentes contribuiría en el sostenimiento y adherencia al tratamiento integral por parte de la misma.

## 6. Metodología y Técnicas a Utilizar

Para la elaboración del Programa, en una primera instancia, se llevó a cabo una búsqueda de fuentes bibliográficas, a continuación se realizaron reuniones conreferentes institucionales determinando necesidades y alternativas de intervención.

Se constituyó un equipo de trabajo más reducido que elaboró el diseño del programa y la elaboración de protocolos de identificación, registro e intervención.

También se estableció la modalidad de interacción y comunicación de los distintos dispositivos intervinientes y la creación de la Unidad de Monitoreo e Intervención.

Este diseño fue puesto a consideración de un programador que evaluó su viabilidad para luego hacer los ajustes pertinentes para su producción e implantación.

El Programa supone un proceso distribuido en fases o dispositivos que se inicia con la identificación de la persona y explora las variables consideradas de riesgo para el establecimiento o continuidad de tratamiento e integración comunitaria, continúa de manera secuencial e interrelacionada o trabaja de manera simultánea para continuar luego con la secuencia hasta el final.

Se proponen técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección y análisis de datos que serán protocolizadas en función de alcanzar la confiabilidad y validez de las mismas. Cada intervención a su vez, presenta objetivos y técnicas que posteriormente se emplearán para la obtención y análisis de los datos.

En cuanto a la metodología cualitativa, es recursiva, las propuestas de intervención se van relaborando a medida que se avanza en la recopilación de información acerca de la situación problema sobre la cual se pretende trabajar y puede replantearse en la medida en que los datos recogidos lo requieran, incorporando aquellos hallazgos no previstos y de esta manera contribuir y reforzar determinadas acciones que se presentan como beneficiosas.

El monitoreo es informatizado y de funcionamiento en red, a través de un sistema de alarmas diseñado para activarse cada 30 días en caso de no haberse establecido contacto con la persona identificada durante este periodo.

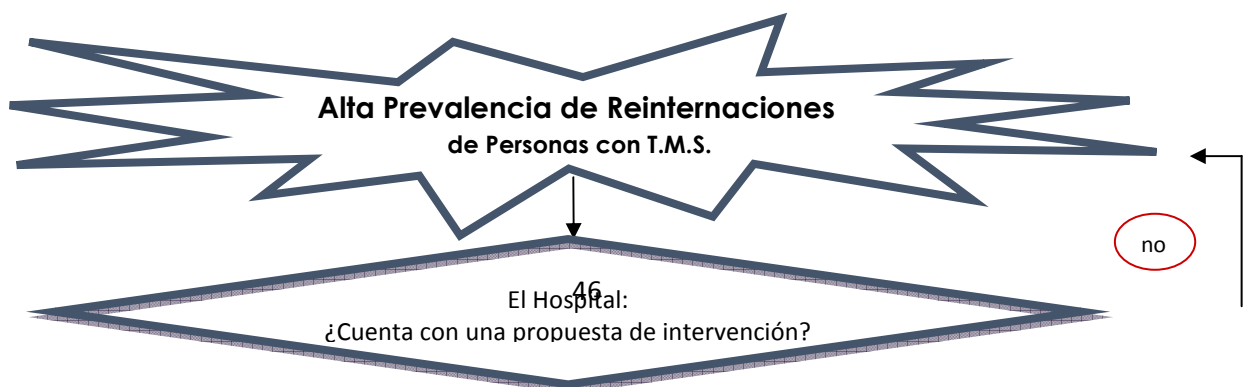
Los métodos de monitoreo varían de acuerdo a la necesidad, tipo de intervención y los objetivos que se plantean en el Programa:

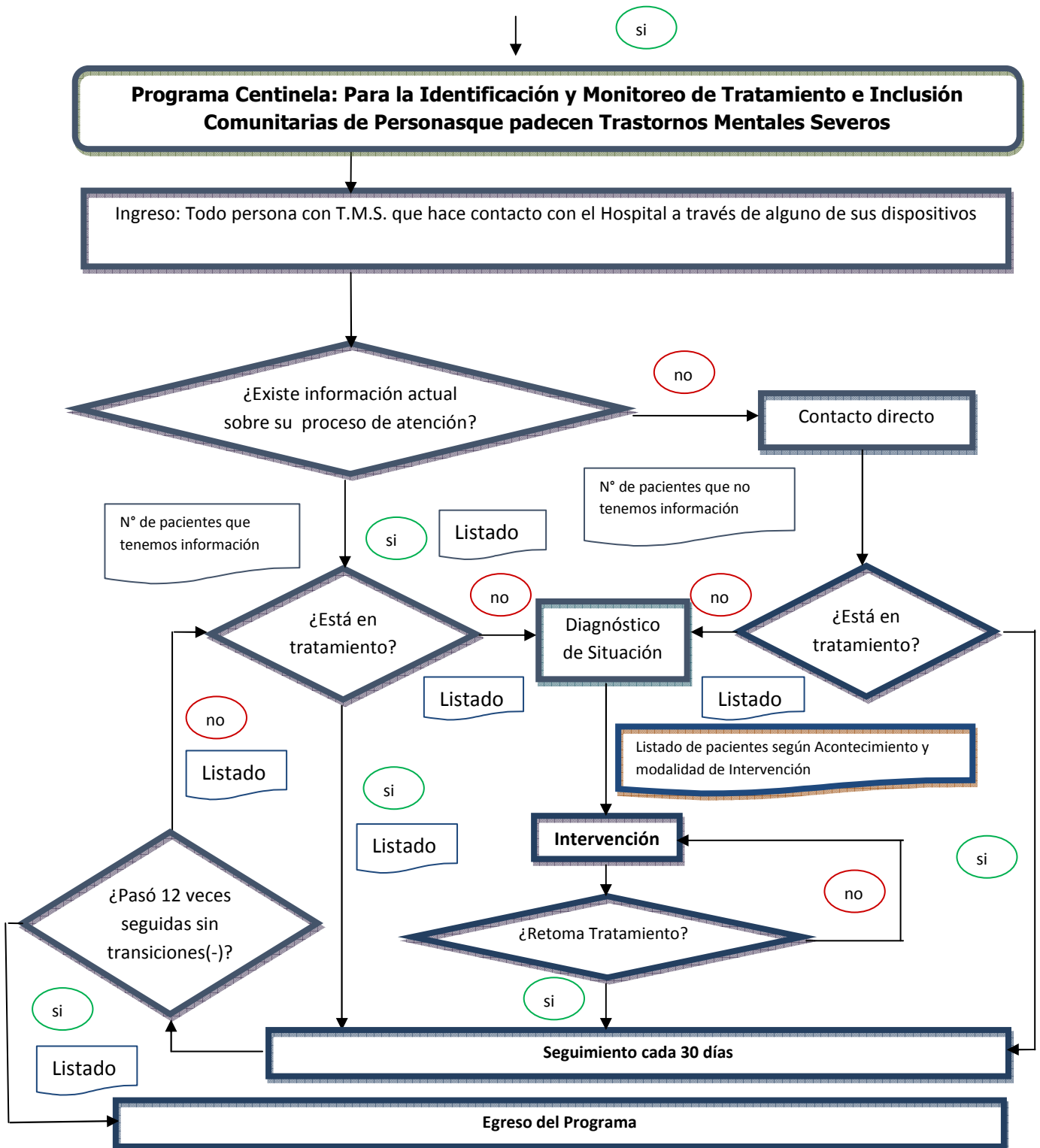
- ❖ Contacto telefónico
- ❖ Informes de actividades
- ❖ Revisión de registros de prestación de servicios
- ❖ Entrevista
- ❖ Visita domiciliaria
- ❖ Técnicas cualitativas para medir actitudes, conocimiento, habilidades, comportamiento.
- ❖ Revisiones estadísticas de bases de datos administrativas.

Cumplimentado el año se evalúa el nivel de adherencia al tratamiento y si se produjeron recaídas estimándose pertinencia de la continuidad o no de la persona bajo programa y se aprecia el impacto del mismo a través de la construcción de indicadores.

## 7. Diagramas y Esquemas de referencia del Programa

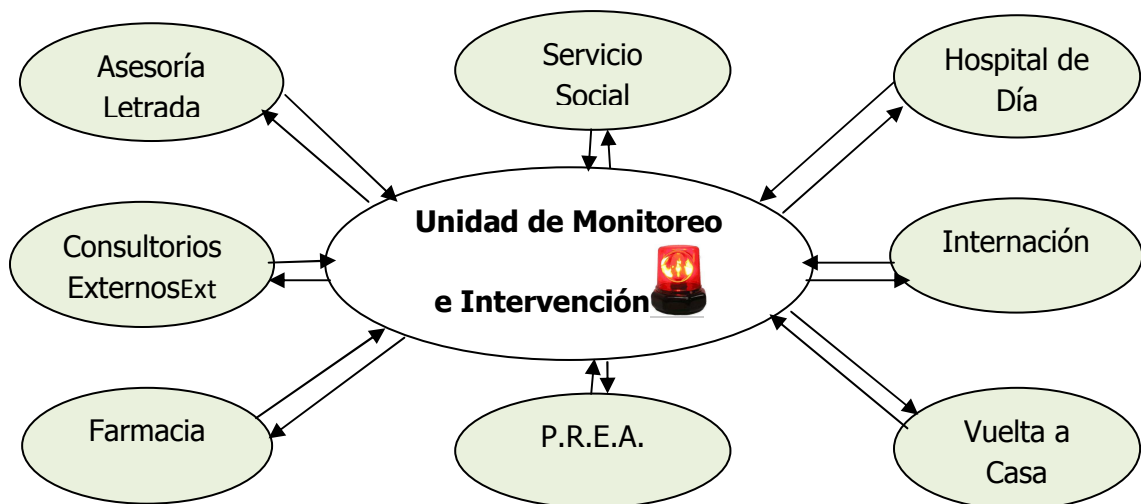
### 7.1. Diagrama General





## 7.2. Centros de Carga y Actualización de la Información





## 8. Etapas de Implementación y Objetivos Estratégicos

Todo proceso de transición, en este caso focalizado en la implementación de Programa Centinela, requiere de una modalidad de gestión que lo acompañe y pueda dar cuenta del mismo, al tiempo de determinar indicadores que faciliten la tarea permitiendo intervenir de manera eficiente en la detección de desajustes o retrocesos con el fin de realizar las mejoras pertinentes en el Programa.

<b>Etapas del Programa</b>	<b>Diagnóstica</b>
<b>Área</b>	<b>Capacitación</b>
<b>Objetivo de</b>	Implementar los conceptos de identificación, monitoreo, modelos

<b>gestión</b>	de intervención e indicadores de gestión del Programa.
<b>Formulación de la estrategia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Elaborar e implementar un curso de capacitación en servicio donde se transmitan estos conceptos a los agentes involucrados.</li> <li>b. Formular programa, planificaciones e indicadores de resultados.</li> <li>c. Elaborar un plan de acción para su implementación.</li> <li>d. Acordar una serie de encuentros para acompañar la implantación.</li> </ul>
<b>Indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de encuentros de capacitación concretados.</li> <li>% de agentes que recibieron capacitación.</li> </ul>
<b>Fórmula</b>	<p>(Cantidad de encuentros destinados a capacitación concretados/ Cantidad de encuentros programados) x 100.</p> <p>(Cantidad de agentes asistentes a los cursos de capacitación/total de agentes convocados a los cursos de capacitación) x 100.</p>
<b>Valor actual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión de equipo mensual.</li> <li>No existen planificaciones actualmente.</li> </ul>
<b>Meta</b>	95% de agentes capacitados en los conceptos propuestos.
<b>Tiempo/ frecuencia de actualización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dos meses previo implantación del programa.</li> <li>Duración 1 mes.</li> </ul>
<b>Fuente</b>	Registro de encuentros y de asistencia de los agentes a los encuentros.
<b>Responsable de la gestión</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Responsable de la información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.</li> <li>Personal administrativo.</li> </ul>
<b>Recursos necesarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de usos múltiples.</li> <li>Insumos varios de librería.</li> <li>Horas de trabajo destinadas a reuniones.</li> <li>Computadoras instaladas en red.</li> <li>Equipo de audio.</li> <li>Televisor.</li> <li>Cafetera e insumos asociados.</li> </ul>

<b>Etapas del Programa</b>	<b>Diagnóstica</b>
<b>Área</b>	<b>Procesos asistenciales</b>
<b>Objetivo de gestión</b>	Crear un protocolo de identificación, monitoreo e intervención.
<b>Formulación de la estrategia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diagnosticar y evaluar las dificultades que presenta la identificación de las personas con trastornos mentales graves que hacen contacto con la institución.</li> <li>b. Diagnosticar y evaluar la dificultad para la continuidad de tratamiento de las personas con trastornos mentales graves que toman contacto con la institución, las complicaciones que surgen de las derivaciones de los equipos tratantes, la falta de las mismas, las acciones contradictorias, etc.</li> <li>c. Elaborar una metodología de trabajo para obtener un</li> </ul>

	<p>diagnóstico y evaluación de la situación.</p> <p>d. Elaborar un documento donde conste y sea pública la modalidad acordada.</p> <p>e. Aplicar la metodología de trabajo elaborada.</p> <p>f. Evaluar los resultados de su aplicación.</p> <p>g. Realizar los ajustes necesarios para su implantación.</p> <p>c. Implantación.</p>
<b>Indicador</b>	<p>Presentación del informe diagnóstico.</p> <p>Presentación de la herramienta metodológica.</p> <p>* Tasa de uso de protocolo</p>
<b>Fórmula</b>	<p>Presentación del informe diagnóstico</p> <p>Cumplimentación de la elaboración y presentación de la herramienta metodológica.</p> <p>(Cantidad de pacientes cuya incorporación se ajustó a protocolo en el mes/Cantidad total de ingresos de pacientes al sector en el mes) x 100.</p> <p>(Sistemas de información nuevos o mejorados/Sistemas de información existentes) x 100.</p>
<b>Valor actual</b>	<p>Registro de ingresos y egresos con datos escasos y no sistematizados.</p>
<b>Meta</b>	<p>Obtención de un diagnóstico inicial.</p> <p>Obtención de una herramienta metodológica para recabar y actualizar la información.</p> <p>95% de personas afectadas ajustadas a protocolo.</p>
<b>Tiempo/frecuencia de actualización</b>	<p>Dos meses previo implantación del programa. Duración dos meses.</p> <p>Dos meses</p> <p>Actualización Mensual</p>
<b>Fuente</b>	<p>Informe diagnóstico</p> <p>Informe mensual</p> <p>Protocolos completados</p>
<b>Responsable de la gestión</b>	<p>Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Dispositivo de Contacto.</p>
<b>Responsable de la información</b>	<p>Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Dispositivo de Contacto.</p>
<b>Recursos necesarios</b>	<p>Insumos varios de librería.</p> <p>Oficina destinada Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Computadoras instaladas en red.</p> <p>Programa y protocolos cargados en la red.</p> <p>Teléfonos.</p> <p>Armario con llave.</p> <p>Horas de trabajo destinadas a reuniones.</p> <p>Horas de trabajo destinadas a la elaboración del informe.</p>

<b>Etapas del Programa</b>	<b>Diagnóstica</b>
<b>Área</b>	<b>Sistemas de información</b>

<b>Objetivo de gestión</b>	Mejorar el sistema de información.
<b>Formulación de la estrategia</b>	<p>a. Modernización de los sistemas de información en las áreas administrativas y técnicas.</p> <p>a.1. Identificar los sistemas de información actuales en las áreas administrativas y técnicas.</p> <p>a.2. Identificar los puntos críticos a optimizar.</p> <p>a.3. Realizar las mejoras correspondientes.</p> <p>a.4. Estabilización del sistema.</p>
<b>Indicador</b>	<p>Concreción del Sistema Informatizado en Red.</p> <p>* Tasa de uso del Sistema.</p>
<b>Fórmula</b>	$\left( \frac{\text{Cantidad de personas afectadas ingresadas al sistema en el mes}}{\text{Cantidad total de personas afectadas en el mes}} \right) \times 100.$
<b>Valor actual</b>	<p>Registro de ingresos y egresos con datos escasos y no sistematizados.</p> <p>Falta o pérdida de registros debido a discontinuidad del rrhh y cambios de coordinación.</p>
<b>Meta</b>	<p>Revisión y ajustes del 80% de los sistemas existentes.</p> <p>Unificación de la información a través de un programa con funcionamiento en red.</p>
<b>Tiempo/frecuencia de actualización</b>	<p>Inicio dos meses previo implantación del programa hasta su implantación y ajustes posteriores. Duración cuatro meses.</p>
<b>Fuente</b>	Formularios y otras formas de registro escrito o computarizado de información.
<b>Responsable de la gestión</b>	<p>Programador.</p> <p>Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Dispositivo de Contacto.</p>
<b>Responsable de la información</b>	<p>Programador.</p> <p>Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Dispositivo de Contacto.</p>
<b>Recursos necesarios</b>	<p>Insumos varios de librería.</p> <p>Oficina destinada Unidad de Monitoreo e Intervención.</p> <p>Computadoras instaladas en red.</p> <p>Programa y protocolos cargados en la red.</p> <p>Teléfonos.</p> <p>Armario con llave.</p> <p>Horas de trabajo destinadas a reuniones.</p> <p>Horas de trabajo del programador.</p>
<b>Etapas del Programa</b>	<b>Diagnóstica</b>
<b>Área</b>	<b>Modalidad de trabajo en Equipo</b>
<b>Objetivo de gestión</b>	Propiciar el trabajo en equipo.
<b>Formulación de la estrategia</b>	a. Implementar reuniones de equipo.
<b>Indicador</b>	<p>% de reuniones concretadas.</p> <p>% de agentes que asistieron.</p>

<b>Fórmula</b>	(Cantidad de reuniones de equipo concretadas/ Cantidad de reuniones de equipo programadas) x 100. (Cantidad de agentes asistentes a las reuniones de equipo/total de agentes convocados a las reuniones de equipo) x 100.
<b>Valor actual</b>	No existen.
<b>Meta</b>	70% de las reuniones programadas se concreten. 65% de los agentes convocados asistan a las reuniones de equipo.
<b>Tiempo/ frecuencia de actualización</b>	Inicio dos meses previo implantación del programa. Frecuencia mensual.
<b>Fuente</b>	Registro de encuentros y de asistencia de los agentes a los encuentros. Temario.
<b>Responsable de la gestión</b>	Dirección Ejecutiva.
<b>Responsable de la información</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención. Personal administrativo.
<b>Recursos necesarios</b>	Salón de usos múltiples. Insumos varios de librería. Horas de trabajo destinadas a reuniones. Computadoras instaladas en red. Cafetera e insumos asociados.

<b>Etapas del Programa</b>	<b>Implantación</b>
<b>Área</b>	<b>Sistema de Identificación, Seguimiento e Intervención.</b>
<b>Objetivo de gestión</b>	Implementar el modelo de registro, seguimiento e intervención del Programa.
<b>Formulación de la estrategia</b>	<p>a. De Monitoreo:</p> <p>a.1. Recolectar información de estado.</p> <p>a.2. Determinar estrategias de intervención.</p> <p>a.3. Documentar información que puede usarse en el proceso de evaluación.</p> <p>b. De Intervención:</p> <p>b.1. Implementar medidas para recuperar contacto con la persona bajo Programa.</p> <p>b.2. Elaborar y poner en práctica medidas correctivas que favorezcan la continuidad del tratamiento y la integración comunitaria de la persona afectada poniendo al Programa nuevamente en curso.</p> <p>c. De Evaluación/ Egreso:</p> <p>c.1. Verificar el resultado de la intervención.</p> <p>c.2. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento y la continuidad bajo Programa.</p> <p>c.2. Documentar información que puede usarse en el proceso de evaluación.</p>

<b>Indicador</b>	% de personas monitoreadas % de personas que requirieron intervención % de personas que recibieron intervención % de efectividad de las intervenciones
<b>Fórmula</b>	(Cantidad de personas monitoreadas a los 30 días/ Cantidad de personas bajo programa) x 100. (Cantidad de personas que requirieron intervención/total de personas monitoreadas) x 100. (Cantidad de personas que recibieron intervención/total de personas que requirieron intervención) x 100. (Cantidad de personas que restablecieron tratamiento/ total de personas que recibieron intervención) x 100.
<b>Valor actual</b>	No existe.
<b>Meta</b>	95% de personas afectadas ingresadas al programa. 95% de las personas ingresadas sean monitoreadas. 95% de las personas que requieran intervención del Programa la obtengan. 75% de las intervenciones reestablezcan el contacto con la persona.
<b>Tiempo/ frecuencia de actualización</b>	De ingreso: al momento del primer contacto con alguno de los dispositivos intrahospitalarios dispuestos a tal fin. De monitoreo: de frecuencia mensual. De intervención: mensual según necesidad. De evaluación: anual.
<b>Fuente</b>	Registro y Protocolos de Ingreso, Monitoreo e Intervenciones aportados por los dispositivos de ingreso y de contacto y por la Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Responsable de la gestión</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Responsable de la información</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Recursos necesarios</b>	Oficina destinada a la Unidad de Monitoreo e Intervención. Horas de trabajo de los agentes involucrados. Computadoras instaladas en red. Insumos varios de librería. Teléfono. Vehículo. Insumos del vehículo para el traslado.

<b>Etapas del Programa</b>	<b>Evaluación del Programa</b>
<b>Área</b>	<b>Sistema de Evaluación del Programa</b>
<b>Objetivo de gestión</b>	Implementar una autoevaluación del Programa que permita determinar su impacto.
<b>Formulación de la estrategia</b>	a. Aplicar la metodología de evaluación e indicadores elaborados. b. Analizar los resultados. c. Estimar el impacto de su aplicación.

	d. Diagnosticar y evaluar la dificultad para la continuidad del programa. e. Realizar los ajustes necesarios. f. Elaborar un documento donde conste y sea pública la información.
<b>Indicador</b>	% de adherencia al tratamiento de las personas bajo programa % de internaciones por abandono de tratamiento
<b>Fórmula</b>	$\left( \frac{\text{Cantidad de personas que permanecieron o reanudaron tratamiento}}{\text{total de personas bajo programa}} \right) \times 100.$ $\left( \frac{\text{Cantidad de personas internadas que estaban bajo programa}}{\text{total de personas bajo programa}} \right) \times 100.$
<b>Valor actual</b>	No existe.
<b>Meta</b>	Disminuir un 65% las internaciones por abandono de tratamiento.
<b>Tiempo/frecuencia de actualización</b>	Al año de su puesta en funcionamiento, con frecuencia anual.
<b>Fuente</b>	Registro y Protocolos de Ingreso, Monitoreo e Intervenciones aportados por los dispositivos de ingreso y de contacto y por la Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Responsable de la gestión</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención.
<b>Responsable de la información</b>	Coordinación Unidad de Monitoreo e Intervención. Dispositivos de Contacto.
<b>Recursos necesarios</b>	Oficina destinada a la Unidad de Monitoreo e Intervención. Espacio destinado a reuniones. Horas de trabajo de los agentes involucrados. Computadoras instaladas en red. Insumos varios de librería. Teléfono.

- Los resultados de estos indicadores constituirán una línea de base y serán revisados al final del período estableciéndose nuevas metas, que acordadas con el equipo, no deberían ser menores a un crecimiento del 5% interanual.

## 9. Creación y Puesta en funcionamiento del Programa

### 9.1. Creación y Puesta en funcionamiento

Para lograr los objetivos del Programa, en el marco de la Ley 26.657 y en el contexto del Hospital, el mismo dispondrá de distintos dispositivos, existentes previamente en alguno de los casos o de creación para aquellos no presentes como tales en la actualidad. Los mismos funcionarán de manera articulada y dinámica, con actividades y finalidades específicas a fin de garantizar la mejor atención posible a la problemática planteada y a las personas afectadas.

Se establece entonces la creación u reorganización de los siguientes Dispositivos:

De identificación e ingreso al Programa,

De monitoreo e intervención,

De egreso.

## 9.2. Protocolización de las prácticas

Los equipos de trabajo de distintos programas existentes en el Hospital Esteves llevan adelante procesos de trabajo para la protocolización de prácticas.

Esta iniciativa, propuesta por las autoridades de la institución cuenta con una importante aceptación por parte de los representantes de las distintas disciplinas que interactúan en el Hospital e implica un salto cualitativo de enorme relevancia ya que supone que equipos interdisciplinarios, rigiéndose por el marco legal vigente en la República Argentina, establezcan las capacidades preservadas de las personas atendidas e informen los apoyos sociales necesarios para sostener y complementar las mismas. Al tiempo que puedan identificar potenciales impedimentos o problemas a ser contemplados en función de preservar a la persona como sujeto de derechos en virtud de un proceso de atención integral.

Desde esta nueva forma de entender e intervenir en Salud Mental se sustancia y da soporte a los distintos modelos de acción.


Estos protocolos serán compartidos por los equipos tratantes y dispositivos existentes para posteriormente hacerlo extensivo, según necesidad, a otros equipos de la red de atención.

## 9.3. Diseño de la Base de datos

Para el diseño de la base de datos se toman en consideración dos ejes según el tipo de información a considerar: **Transversal y Longitudinal** (Ver ejemplos en anexo B)

Datos de referencia y estado de la Persona respecto al Programa:  
Eje Transversal

Datos de Referencia de la Persona Bajo Programa

Apellido y Nombres		ID	
Dispositivo de ingreso	Dispositivo de referencia		
D.N.I.	Historia Clínica		
Fecha de nacimiento			
Sexo			
Cobertura Social			
Vivienda			
Domicilio – Localidad - C.P.			
Datos de contacto (teléfono – domicilio- familiar)			
Diagnóstico			
Provisión de medicamentos			
Observaciones			

Información de Estado de la Persona Bajo Programa


Alarma	Fecha último monitoreo	ID	Fecha último estado	Estado	Transición		
					Recaída	Alta de Int.	Discontinuidad
							

Historia de Acontecimientos, Intervenciones y Resultados

Lo que le ocurre al paciente, la intervención del Programa la respuesta obtenida

Eje Longitudinal

Alarma	ID	Fecha de Monitoreo	Estado	Transiciones	Acontecimiento	Intervención	Resultado

				R	A	D			
									

R: recaída, A: alta de internación, D: discontinuidad

Con los datos obtenidos, se podrán determinar

Predictores de:

- Abandono
- Recaída
- No adherencia

Indicadores de Riesgo:

- Estado de la red de contención socio-familiar. (según vulnerabilidad de 1 a 4)
- Accesibilidad al Sistema de Salud (de 1 a 4)
- Adherencia al tratamiento

#### Resultado Preliminar

- Pacientes identificados de los cuales se obtiene información a través de los registros hospitalarios, que abandonaron tratamiento.
- Pacientes de los cuales se obtiene información de los registros hospitalarios que no abandonaron tratamiento.
- Pacientes contactados telefónicamente que no abandonaron tratamiento.
- Pacientes contactados telefónicamente que abandonaron tratamiento.

## **10. Dispositivo de identificación e ingreso al Programa**

### **10.1. Lineamientos generales**

Este dispositivo estará integrado por los Servicios y Sectores de referencia que en forma interdisciplinaria ofrecen alguna modalidad de asistencia a las personas con T.M.S. que hacen contacto con la institución.

Constituyen la primera instancia del Programa y son los encargados de identificar a la persona y recabar, según su modalidad de trabajo y el protocolo elaborado previamente, la mayor cantidad de datos de referencia y contacto que les sea posible.

Esta información será incorporada a la base de datos integrada del Hospital e independientemente de su diagnóstico específico será considerada presuntivamente con T.M.S. dado el alto índice que este tipo de patología presenta respecto de la población total atendida en el Hospital.

A partir de ese momento y con un mínimo de datos iniciales de nombre, apellido y dato de contacto se le asignará un ID y pasará a constituir, por criterio de admisión, una persona bajo Programa considerando la fecha de su registro como día uno.

La base de datos dispuesta en red permitirá el acceso tanto del equipo interviniente como de la Unidad de Monitoreo e Intervención.

## **10.2. Población**

El dispositivo incluirá la atención de Personas con episodios agudos, padecimiento crónico, que se encuentren bajo tratamiento ambulatorio o en situación de internación y todas aquellas que tomen contacto con la Institución para provisión de medicamentos.

## **10.3. Objetivos**

Identificar a la Persona, determinar su ingreso al programa y la referencia a alguno de los dispositivos.

## **10.4. Metodología**

Para el desarrollo de las acciones del Programa, el Dispositivo de Ingreso seguirá las siguientes pautas ajustadas a protocolo que incluirán:

La recepción de la persona.

La confección de la H.C. única o la ficha identificatoria, para el caso en el que solo se la provea de medicamentos, que acompañará a la persona en todo su proceso por el Programa y en la que deberán constar como mínimo los datos que comprenden la fecha ingreso, nombre y apellido, ID y dato de contacto.

En el caso de tratarse de una H.C. se incluirán la evaluación diagnóstica por un equipo conformado según la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657) y la propuesta de tratamiento.

Los informes resultantes irán evolucionando conforme la continuidad del contacto con la institución y la modalidad de asistencia. A la fecha del primer contacto se la identificará en el sistema con una señal que variará según el paso del tiempo determinando la continuidad o no del contacto o la necesidad de intervención del Programa.

## **10.5. Resultados e impacto esperados**

Se espera registrar e identificar a la totalidad de la población objetivo y recabar la mayor cantidad de datos de referencia y contacto.

## **10.6. Conformación del Equipo de trabajo**

El equipo que conforma el dispositivo de ingreso puede ser diferente al de tratamiento. Puede darse la posibilidad de que la dirección del tratamiento la ejerza un profesional u equipo de otra institución dentro de la red asistencial o un profesional independiente.

El plantel que conforme el dispositivo también puede variar y estar conformado tanto por profesionales, técnicos, administrativos, dependiendo de su característica y función en el marco de la institución.

## **10.7. Actividades**

Ajustadas a la particularidad del dispositivo de ingreso:

Entrevistas interdisciplinarias

Relevamiento y Lectura de datos

Entrevistas a referentes vinculares

Informes interdisciplinarios

Gestiones de derivación a otros dispositivos o instituciones

Reuniones mensuales de alguno de sus referentes con la Unidad de Monitoreo e Intervención.

# **11. Unidad de Monitoreo e Intervención**

## **11.1. Lineamientos generales**

El proceso de monitoreo concibe una modalidad de acompañamiento que produce de manera permanente información valiosa y permite juzgar con transparencia la ejecución del Programa, en la medida que se le dé la utilidad adecuada.

Además, el monitoreo permite identificar las dificultades en el desarrollo del proceso de atención y la integración en la comunidad, verificando si la persona utiliza los recursos que se trabajaron, determinando así su adherencia al proceso de atención o de lo contrario, si requiere de otra modalidad de intervención por parte del Programa.

Posteriormente se aplica la evaluación de proceso para medir el avance en el logro de los resultados y estimar el grado en el que se espera alcanzar los objetivos.

Durante la implementación debe aplicarse el registro anecdótico a fin de tener en detalle las acciones que se desarrollaron ya que esta es una fuente de verificación para los indicadores logrados.

Funciones de Formación, Docencia e Investigación:

El trabajo en equipo multi y pluridisciplinar, permite compartir una metodología de trabajo y definir líneas teóricas que guíen las tareas asistenciales.

La formación en Salud Mental es uno de los instrumentos para transmitir la transformación en cuanto al desempeño de funciones asistenciales integradas dentro del trabajo en equipo.

El Equipo que conforme la Unidad de Monitoreo e Intervención participará y contribuirá en la formación de distintos actores: Residentes Psicólogos, Médicos, Enfermeros, Alumnos del Curso de Especialistas en Psiquiatría, Alumnos de las Carreras de Grado en convenio con el Hospital y Alumnos del Curso de Acompañantes Terapéuticos.

Teniendo como objetivos formativos:

- Integrar el conocimiento clínico teórico-práctico.
- Enseñar diferentes técnicas de evaluación, diagnóstico, monitoreo e intervención relacionadas con el proceso de atención en Salud Mental.
- Preparar en la planificación de intervención psicosocial de personas con enfermedad mental crónica.
- Introducir técnicas de investigación aplicada a la praxis clínica.

Con estos objetivos se proyecta proporcionar servicios congruentes con la educación del estudiante en formación y garantizar una enseñanza de calidad en Salud Mental.

## **11.2. Población a la que está dirigida el Dispositivo**

Este dispositivo está dirigido a todas aquellas personas que se encuentran bajo el Programa.

## **11.3. Objetivos**

De Monitoreo:

- ❖ Recolectar información de estado.
- ❖ Determinar estrategias de intervención.
- ❖ Documentar información que puede usarse en el proceso de evaluación.

De Intervención:

- ❖ Implementar medidas para recuperar contacto con la persona bajo Programa.
- ❖ Elaborar y poner en práctica medidas correctivas que favorezcan la continuidad del tratamiento y la integración comunitaria de la persona afectada poniendo al Programa nuevamente en curso.

De Evaluación:

- ❖ Verificar el resultado de la intervención.
- ❖ Documentar información que puede usarse en el proceso de evaluación y gestión.

## 11.4. Metodología

El proceso de monitoreo e intervención se proyecta de manera dinámica e interactiva, con evaluaciones intermedias que permitan, de una forma coordinada con todos los implicados en el proceso, una adaptación de las estrategias y una retroalimentación continua de su funcionamiento.

La Unidad de Monitoreo e Intervención realizará una verificación mensual mediante contacto telefónico con la Persona identificada determinando si continúa en tratamiento y ofreciéndole información o bien manteniendo contacto con otras redes de apoyo comunitario y centro de retiro de medicación.

Podrá estimar la existencia o probabilidad de una recaída e instrumentará la intervención correspondiente, vía contacto telefónico o de ser necesario bajo la modalidad de visita domiciliaria.

También se verificará, en el caso de haberse producido ya una intervención, su efecto y la prosecución de las mejoras en las condiciones de vida que se buscaban promover en la persona afectada.

Para la evaluación e intervención se aplicará un protocolo que considere los datos proporcionados al inicio, ingreso al programa, y los proporcionados por los ejes transversales y longitudinales registrados en la base de datos.

El protocolo a implementar por la Unidad se ajusta a los Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental determinados en el año 2013 por el Ministerio de Salud de la Nación.



- Determinar si continúa en tratamiento

- Obtener información

- Brindar información
- Estimar existencia o riesgo de recaída
- Determinar modalidad de intervención en caso que fuera necesaria y llevarla adelante.
- Verificar resultados en caso de haberse realizado una intervención.

### Consentimiento informado

Según lo establecen los Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental “se deberá brindar información a la persona, en cuanto su estado de conciencia lo permita, en términos claros y sencillos, acerca de su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados, así como otras alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias de no tratarse. Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los familiares y allegados (referentes vinculares) o representantes legales para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad.

Se podrá aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona si es urgente y necesario para impedir un daño inmediato a sí mismo o a otros. No obstante, se hará todo lo posible por informar a la persona y/o referentes vinculares para que comprendan las acciones a realizar y que participen prontamente en la aplicación del plan de tratamiento teniendo oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas.” (Ministerio de Salud, 2013)

Respecto a instrucciones anticipadas el documento citado establece que: “Se tomarán en cuenta si la persona en crisis dejó asentadas directivas previas en caso de presentar una urgencia.” (Ministerio de Salud, 2013)

En cuanto a la confidencialidad, “Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información. Ésta sólo podrá divulgarse con el consentimiento de la persona o si el equipo de salud considera imprescindible otorgarla a terceros en caso de riesgo cierto e inminente y para favorecer una mejor atención.” (Ministerio de Salud, 2013)

## **11.5. Resultados e impacto esperados**

Se espera monitorear a la totalidad de la población afectada al Programa e implementar todas las intervenciones que sean necesarias comprendidas por la propuesta para contribuir con su objetivo.

## **11.6. Conformación del Equipo de trabajo**

#### Composición del Equipo:

El Equipo de la Unidad de Monitoreo e Intervención estará conformado por personal médico, psicólogo, asistente social, terapeuta ocupacional, residentes de estas especialidades, enfermería, acompañantes terapéuticos y personal técnico administrativo que podrá contar con una doble inserción en la institución, es decir ser parte del equipo de otros dispositivos.

También podrán incorporarse al mismo otras personas de la comunidad, incluidos pacientes dados de alta que cumplimenten las actividades de capacitación previstas por el Programa.

La aplicación de estrategias participativas facilita el mantenimiento de la motivación que favorece el trabajo y el logro de objetivos.

El Equipo trabajará con registros propios, aquellos proporcionados por la persona bajo programa y otros referentes institucionales haciéndolo extensivo a la comunidad.

#### Coordinación del Equipo:

La definición de Equipo como "multiprofesional" implica una función de coordinación en la que se determinen prioridades, se fije objetivos en relación a esas prioridades, se desarrollen planes de acción para alcanzarlos y se establezca la planificación anual de trabajo tanto desde la perspectiva clínica como desde la gestión.

Estos incluyen desde iniciativas clínicas a desarrollar, protocolos, planificación anual de la asistencia a congresos y/o reuniones científicas, formación interna, etc. hasta reuniones de equipo, organización de la atención, solicitud de material, detección de carencias y recursos necesarios, programación y coordinación de actividades, etc.

## **11.7.Actividades**

Ajustadas a la particularidad del dispositivo de contacto:

Relevamiento y Lectura de datos.

Contacto telefónico con la persona bajo Programa.

Visita a la persona bajo Programa.

Entrevistas a referentes vinculares.

Contacto con referentes de tratamiento.

Contacto con referentes de otras instituciones comunitarias.

Informes interdisciplinarios.

Gestiones de derivación a otros dispositivos o instituciones.

Participación en reuniones con referentes de los equipos tratantes o de otras instituciones.

Reuniones de Supervisión.

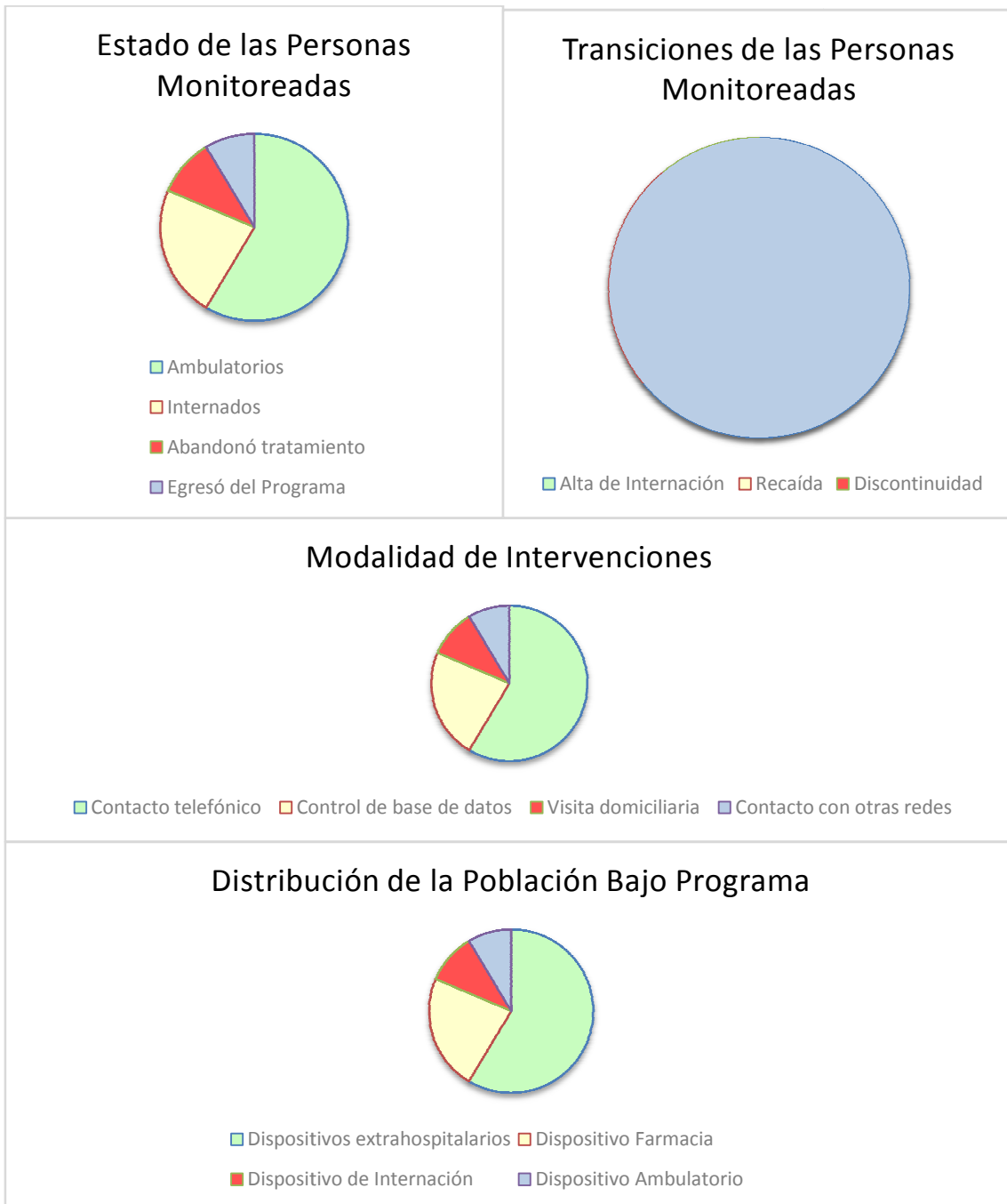
Reuniones de Equipo del Programa.

Reuniones con las Autoridades de la Institución.


### **11.8. Indicadores de Impacto**

Los indicadores de impacto en este caso permitirán comprobar la efectividad de las intervenciones propuestas por el programa medidas en la cantidad de personas monitoreadas respecto a la totalidad de las personas ingresadas al Programa, en ausencia o presencia de recaídas y en la cantidad de reinternaciones registradas.

### **11.9. Tablero de Control de Monitoreo e Intervención**



ID	Fecha de	Último Estado Registrado	Alarma	Transiciones
----	----------	--------------------------	--------	--------------

	Último Registro			R	A	D
						

## 12. Dispositivo de egreso

### 12.1. Lineamientos generales.

Resulta indispensable plantear la relevancia del dispositivo de egreso y fundamentar su existencia.

La Ley Nacional de Salud Mental si bien establece la importancia de un tratamiento integral de rehabilitación no hace referencia respecto a la duración y pertinencia dela misma.

Esto instaura una disyuntiva de orden ético terapéutico en relación al tiempo de duración y a los alcances de un programa de monitoreo e intervención.

El solo hecho de que se trate de Personas con de T.M.S. y que estos se caractericen por la persistencia de cierta sintomatología no acredita un tratamiento permanente y continuado hasta el final de la vida de la persona.

Pero un tratamiento interrumpido tampoco es una respuesta benigna y en muchos casos determina la aparición de una recaída.

El criterio de inclusión debe ser puesto en consideración ya que no establece una relación de dependencia.

Por lo expuesto este dispositivo inicia un proceso de evaluación anual que determina la necesidad o no de que la persona identificada continúe bajo Programa.

El criterio de inclusión ya no se justifica ante la ausencia de registro de situaciones de riesgo o concretas de recaída y/o de dificultades para la integración comunitaria del paciente durante este período.

Esto tampoco excluye la posibilidad de que ante otro episodio se produzca un nuevo contacto con la institución a través de alguno de sus dispositivos y que como consecuencia ingrese al Programa.

## **12.2. Población a la que está dirigida el dispositivo**

Este dispositivo está dirigido a todas aquellas personas que han permanecido bajo el programa al menos durante el lapso de un año.

## **12.3. Objetivos**

El objetivo de este dispositivo es evaluar el nivel de inclusión comunitaria, autonomía personal y adherencia al tratamiento de la persona bajo programa y determinar la necesidad y pertinencia de que la misma permanezca en el mismo.

Esta evaluación diagnóstica y pronóstica de potencialidad y vulnerabilidad deberá ajustarse según dispositivo con el cual permanezca en contacto la persona bajo Programa.

Esta evaluación final procura determinar de manera sistemática y objetiva la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto del programa, a la luz de sus objetivos.

Se extiende más allá del monitoreo porque reconoce la hipótesis con respecto al camino al que nos puede conducir al logro de los objetivos del Programa.

## **12.4. Metodología**

La evaluación consistirá en una prueba de la hipótesis, una verificación de que este modelo de intervención efectivamente produce mejoras en las condiciones de vida que se buscaba promover en la persona afectada.

Para la evaluación se aplicará un protocolo que considera los datos proporcionados al inicio (ingreso al programa), y los proporcionados por los ejes transversales y longitudinales registrados en la base de datos.

Los resultados de esta observación serán comparados para determinar en qué medida fueron dándose los cambios de manera favorable o desfavorable. Se triangulará la evaluación inicial, de proceso y final. A esto se sumará el análisis reflexivo de los resultados.

## **12.5. Resultados e impacto esperados**

Se espera cumplir con el monitoreo correspondiente a todo el periodo considerado en al menos el 80% de la población afectada al Programa y haber implementado en un 80% todas las intervenciones que hubieran sido necesarias y comprendidas por la propuesta para contribuir con su objetivo, disminuyendo las recaídas.

## **12.6. Conformación del Equipo de trabajo**

En el Dispositivo de egreso trabajará el Equipo de la Unidad de Monitoreo e Intervención con la intervención de referentes de otros equipos. Utilizarán registros

propios, de otros referentes institucionales y de la comunidad y aquellos proporcionados por la persona bajo Programa.

## 12.7. Actividades

La Unidad de Monitoreo e Intervención a través del Equipo que la conforma realizará las siguientes actividades:

Contactos telefónicos con las personas bajo programa.

Contacto con referentes de tratamiento de instituciones u otros equipos de trabajo comunitario.

Contacto con otras personas significativas para la persona bajo programa y que hayan acompañado el proceso.

Registro del monitoreo y las intervenciones efectuadas.

Evaluación de los resultados.

Evaluación de la pertinencia de continuidad de la persona bajo programa.

El equipo, por su parte mantendrá reuniones con otros integrantes del Programa, contará con jornadas de capacitación y deberá dar cuenta del trabajo realizado a las autoridades de la institución, quienes también podrán contribuir con sus apreciaciones respecto a los resultados del Programa con sugerencias o planteando las modificaciones que crean necesarias y oportunas en virtud de los objetivos estratégicos del Hospital en su conjunto.

## 12.8. Indicadores de Impacto.

Los indicadores de impacto en este caso permitirán comprobar la efectividad de las intervenciones propuestas por el programa medidas en la ausencia de recaídas o en la cantidad de reinternaciones registradas.

## 13. Indicadores de Impacto del Programa y Diseminación de los resultados.

La evaluación continua del Programa debe incorporar al menos los siguientes indicadores:

Resultados sanitarios, de gestión clínica y calidad de atención; **número de altas de personas bajo Programa**, el alta se da cuando se han cumplido los objetivos de tratamiento y rehabilitación.

**Grado de cumplimiento de los procedimientos estandarizados:** ingreso, planificación, programa de tratamiento, seguimiento y control.






**Percepción y satisfacción del usuario.**


**Percepción y satisfacción del equipo de trabajo.**

**Fortalezas y debilidades en relación a la gestión institucional.**

### 13.1. Indicadores de Impacto del Programa


**2014/15**


<b>Alarmas Según Situación de la Persona Bajo Programa</b>		
		Egresaron del Programa
		Requirieron intervención
		Abandonaron tratamiento o se perdió contacto
		Fueron internadas o reinternadas
		Total de Personas bajo Programa


 <b>Egresaron del Programa</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes

No todos los problemas tienen la misma importancia, los siguientes datos permitirían identificarlos y definir la para decidir la relevancia del problema para el éxito del programa, analizarlo, determinar sus causas y las soluciones viables.

 <b>Requirieron intervención en una oportunidad</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes
 <b>Requirieron intervención en más de una oportunidad</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes

 <b>Abandonaron tratamiento o se perdió contacto</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes

 <b>Fueron internados</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes

 <b>Fueron reinternados</b>		
<b>Dispositivo de ingreso</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Dispositivo de contacto</b>	Nombre del dispositivo	Cantidad de Personas identificadas por dispositivo
<b>Distancia</b>	Determinar proximidad	Cantidad de Personas identificadas por proximidad
<b>Obra Social</b>	Determinar si cuenta con cobertura	Cantidad de Personas identificadas con cobertura
<b>Red Familiar</b>	Determinar si cuenta con familia	Cantidad de Personas identificadas con familia
<b>Inclusión en la Comunidad</b>	Determinar inclusión en otras redes	Cantidad de Personas identificadas incluidas en otras redes

### 13.2. Diseminación de los resultados.

La diseminación de los resultados de este tipo de programas ha sido poco planteada en la práctica y no es fácil acceder a la difusión efectiva de programas ejecutados.

La implementación del Programa Centinela ofrece una herramienta que contribuye a la gestión aportando no solo información estadística sino identificando las prácticas y sus dificultades, colaborando en la construcción de nuevos indicadores y facilitando su monitoreo redundando en una mejora integral tanto en la prestación como en la calidad del servicio de salud.

Por otra parte contribuye, con la formación de nuevos profesionales en el paradigma y los lineamientos de la Ley de Salud Mental, estimulando y desarrollando buenas prácticas en el marco de un modelo inclusivo, equitativo, participativo e integral de las personas.

Al presentarse a la comunidad los resultados obtenidos, ésta podría contar con información clara y sencilla para analizar los mismos y plantear sus opiniones o sugerencias sobre el modelo. También es posible mostrar los factores que se fortalecieron y la importancia de la consecución de acciones similares.

Los agentes de salud involucrados asumen un compromiso en la consecución de una mayor calidad de vida de las personas y del bienestar de las comunidades que se integra en la concepción de una ética que contempla el respeto por los derechos y libertades de las personas.

## **14. Recursos, Financiamiento y Costos.**

### **14.1. Recursos.**

#### Proyecto Participativo

Desde la Dirección misma del Hospital se propone la conformación de un equipo de calidad técnica y compromiso con la tarea.

Profesionales y técnicos de todas las disciplinas podrán incluirse en los diversos dispositivos enunciados en el presente Programa. También podrán hacerlo Residentes Psicólogos, Médicos, Enfermeros, Alumnos del Curso de Especialistas en Psiquiatría, Alumnos de las Carreras de Grado en convenio con el Hospital y Alumnos del Curso de Acompañantes Terapéuticos.

Este Programa podrá contar con la participación de usuarios del P.R.E.A., pacientes dados de alta y otras personas de la comunidad que cumplimenten las actividades de capacitación previstas por el Programa.

Este proceso de pluralización de saberes y miradas en los dispositivos hará efectivo el principio de inclusión laboral incorporando representantes de usuarios y familiares, como parte integrante de algunos de los dispositivos, haciendo realidad el carácter participativo de la sociedad civil.

#### Recursos de Registro y Comunicación

Entre los recursos técnicos informáticos disponibles se encuentra en proceso de elaboración y puesta en funcionamiento en forma parcial una base de datos que permite la identificación y caracterización de la persona afectada por un T.M.S. que hace contacto a través de alguno de los dispositivos dispuestos a tal fin con el Hospital. Constituirán fuentes de ingreso de datos al Programa: El Programa Vuelta a casa, Consultorios externos, Hospital de día, P.R.E.A. (Programa de Rehabilitación y Extenuación Asistida), Guardia, Salas de internación, Egresos, Farmacia.

### **14.2. Financiamiento**

El centro de esta propuesta está dado por una metodología que propicia el desarrollo de un escenario futuro posible y consensuado que permita sostener y dar continuidad al Programa, es decir que, partiendo de una visión conjunta de la necesidad de su implementación, beneficiarios y efectores determinen que aspectos de la propuesta realmente modifican el financiamiento actual que recibe la institución por parte del

Estado Provincial comprendido en el pago de los honorarios, estructura edilicia, recursos materiales e insumos.

Tanto la visión de los actores institucionales en su conjunto como el impulso que aportan los organismos nacionales e internacionales y los recursos configuran un sistema dinámico.

Detectar la manera en que se gestionan los recursos actuales y cuáles debieran estar incluidos en las prácticas de atención permite estimar la distancia entre la situación actual y aquella a la que se desea acceder, ajustando nuestra expectativa a lo factible.

El presupuesto no solo se refiere a los recursos económicos sino también al destinado al personal, a los recursos materiales y al sistema informático.

Estos requerimientos deberán ser financiados por el estado a partir de la solicitud de partida presupuestaria por parte de la Dirección Ejecutiva del Hospital.

La propuesta entonces es determinar la mejor intervención posible sobre el escenario dado, a los efectos de acercarlo a nuestras aspiraciones en el cumplimiento íntegro de la Ley de Salud Mental e incorporar los recursos que sean necesarios de la manera más eficiente.

### 14.3. Costos

	Detalle del costo	Costos fijos	Costos variables	Costos derogables	Nivel de Gestión de la asignación	Nivel de Gestión del financiamiento
<b>Costos de infraestructura</b>	Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Municipios	X		No	Macro	Macro
<b>Servicios: Luz, Gas, Teléfono Internet, etc.</b>	Hospital	X		No	Meso	Macro
<b>Gastos ocasionados por los recursos humanos</b>	Personal profesional	X		No	Meso	Meso
	Personal Administrativo	X		No	Meso	
	Enfermeros y auxiliares	X		No	Meso	Meso
	Choferes	X		No	Meso	Meso
	Programador	X		Si	Macro	Macro
	Capacitadores	X		Si	Macro	Macro
	Maestranza	X		No	Micro	Meso
<b>Bienes muebles</b>	Computadoras	X		No	Meso	Meso
	Impresora	X		No	Meso	Meso
	Teléfonos	X		No	Micro	Macro
	Escritorios .Mesas. Sillas.	X		No	Micro	Macro
<b>Insumos</b>	Artículos de librería.	X		No	Micro	Meso
	Planillas de registro	X		No	Micro	Micro
	Combustible para traslados.	X		No	Micro	Macro

### 14.4. Fuentes posibles de financiamiento y sustentabilidad en el tiempo

Una fuente posible de financiamiento la constituyen las obras sociales de IOMA y PAMI, ya que sus afiliados representan la cobertura del 85% de la población que toma contacto con la institución y lo que se propone con el Programa es una nueva prestación en Salud Mental.

El 15 % restante estaría a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.<sup>14</sup>

Otra alternativa es la venta del sistema propuesto por el Programa a privados.

## 14. Análisis FODA

<b>FORTALEZAS</b>	<p><b>Apoyo político:</b> Misma identidad partidaria Administración Provincial y Hospital.</p> <p><b>Recursos financieros:</b> Financiamiento del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>Recursos Humanos Sanitarios:</b> Disponibilidad de recurso humano capacitado. Agentes de Salud involucrados. Técnicos y administrativos de planta afectados al programa</p> <p><b>Recursos materiales:</b></p> <p><i>Infraestructura:</i> Espacio edilicio. Equipos de computación.</p> <p><i>Insumos</i> Planillas para la recolección de datos. Computadoras y acceso a internet. Difusión del programa. Telefonía fija. Vehículos que trasladan al personal Logística existente en el Hospital</p>
<b>DEBILIDADES</b>	<p><b>Recursos humanos:</b> Debilidad de capacitación por falta de asesoramiento técnico en redes informáticas. Desmotivación por el programa Poca participación Trabajo desarticulado entre actores del programa Falta de datos estadísticos Falta de registro de complicaciones previas. Falta de confianza en el valor del programa Falta de integración y coordinación con otras redes de</p>

<sup>14</sup> Fuente: Datos de Superintendencia de Servicios de Salud, 2010.

	<p>salud Superposición de tareas <b>Recursos materiales</b> <i>Infraestructura</i> Lugares que no se encuentran en condiciones para la ejecución el programa. Promoción insuficiente. Desarticulación para la distribución de la información con la antelación necesaria. <i>Insumos</i> Falta de informatización en algunas zonas para cargar datos y enviarlos por internet Vehículos insuficientes para llegar a zonas alejadas Dificultad para el traslado de manera autónoma por parte de un sector de la población objetivo.</p>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p>	<p><b>Recursos de comunicación</b> Éxito de programas similares. Programas de la OMS .Sus indicaciones y sugerencias. Apoyo de redes sociales de la región. Compromiso con el programa de referentes importantes de lada comunidad.</p>
<p><b>AMENAZAS</b></p>	<p><b>Recursos humanos</b> Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales. Boicot de grupos de interés: ej clínicas privadas, sindicatos, gremios. Personal que a pesar de haber recibido la capacitación no logró adquirir las competencias necesarias para su tarea adentro del programa Dificultad para la coordinación de las acciones del programa y otras instituciones y redes sociales comprometidas. Falta de conocimiento de las personas implicadas. Dificultades en la red informática.</p>

Para la elaboración del FODA fueron analizados y evaluados los factores detallados, indagando los datos disponibles y características tanto de la población objetivo como de los dispositivos asistenciales, teniendo en cuenta que para la implementación de este Programa no se plantean inicialmente restricciones de financiamiento.

La efectividad de la intervención seleccionada estuvo condicionada por diferentes factores, contemplando tanto el diagnóstico de situación, la cobertura de salud y la modalidad de tratamiento integral requerida. Entendiendo a la identificación y monitoreo como el modo de intervención efectivo que permita que la probabilidad de que un ciudadano con T.M.S. atendido en el Hospital Esteves, se beneficie con la

aplicación de una tecnología en particular y la eficacia que plantea el cumplimiento con los objetivos independientemente del costo.

Este Programa no debiera quedar sólo bajo la responsabilidad de una entidad pública en particular, asegurando en su replicación el acceso de toda la población con T.M.S. de manera equitativa e igualitaria.

No hacer nada tendría un costo económico cero, pero un costo en salud alto, no asegurando la atención adecuada de la población afectada.

## **15. Algunas reflexiones a modo de conclusión**

A partir del cambio de paradigma en Salud Mental, se fuerza la superación del modelo manicomial y se propone el desarrollo de servicios de salud y otros dispositivos ajustados a este nuevo modelo, estableciendo un reto organizar y articular una adecuada red y programas que atiendan las necesidades de las personas afectadas con eficiencia social.

La mejora en la salud no se limita a la atención del trastorno, sino también a la prevención y tratamiento de sus secuelas.

El interés por modificar la evolución del curso de los T.M.S. en función de lograr una mejora en la calidad de vida y un buen funcionamiento social ha crecido encontrándose con la necesidad de la atención precoz y la dificultad para determinar adecuadamente los síntomas y situaciones que requieren una intervención que prevenga y disminuya recaídas estableciendo una mayor adherencia al tratamiento y a las redes de integración social.

Avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con T.M.S. demanda un trabajo coordinado y coherente que cubra las diferentes necesidades y problemas de este colectivo y sus familias, para ello se deben ir articulando tanto los sistemas de atención como los de soporte comunitario con un sistema de información y monitoreo que favorezca una adecuada atención y efectiva rehabilitación e integración social.

Se trata de lograr un sistema de soporte y monitoreo que no solo identifique a la Persona afectada sino que potencie los recursos disponibles y contribuya con su recuperación integral favoreciendo, con su continuidad, el desarrollo de una mayor autonomía según sea posible en cada caso.

El sector público tiene la gran responsabilidad de intervenir sobre esta realidad haciendo efectiva la práctica de la Salud Mental Comunitaria atendiendo también a aquellas personas que por la severidad del trastorno y su persistencia ven muy dificultada la integración y limitado el tratamiento a los períodos de mayor vulnerabilidad.

Los titulados procesos de reforma psiquiátrica abarcan un amplio espectro de acciones, muchas de las cuales quedan asociadas directamente con procesos de desinstitucionalización y se centran o circunscriben en este aspecto de la problemática actuando solo sobre esta parte del sistema, produciendo un desarrollo por lo pronto desigual y a futuro insuficiente, incierto e ineficiente en el sistema sanitario en su conjunto.

El Hospital Esteves ha iniciado un proceso de transformación focalizado en las necesidades de las personas asistidas.

Es en este contexto en el que se implementará el Programa Centinela, cuya potencia está determinada por su universalidad ya que se propone captar a toda Persona con T.M.S. que haga contacto con la Institución.

Es un Programa orientado a identificar a estas personas y contribuir en la disminución de recaídas, que con alta frecuencia constituyen posteriores reinternaciones, determinando adecuadamente los síntomas y situaciones que requieren una intervención que reestablezca y/o favorezca una mayor adherencia al tratamiento y a las redes de integración social.

Entendiendo que el proceso de recuperación de la salud, en el marco de la comunidad, no se corresponde con el abandono del tratamiento de ninguna de las partes involucradas, ya sea paciente, familiares, terapeuta, institución, la comunidad en su conjunto, el estado.

El Programa Centinela constituye un modo de intervención que hace que un Ciudadano con T.M.S. atendido en el Hospital Esteves se beneficie con la aplicación de una tecnología en particular y la eficacia que plantea el cumplimiento de sus objetivos.

Contempla tanto la equidad como la utilidad en función de disminuir la carga de la enfermedad, las recaídas y reinternaciones y contribuye a la consecución del proceso de atención para que las personas afectadas mejoren su calidad de vida.

Los cambios producidos y los que aún constituyen pendientes requieren su continuidad para no ser producto de modas, ni luchas personales, sino que logren contribuir verdaderamente con la calidad de vida del conjunto de los actores involucrados.

La implementación del Programa ofrece también una herramienta que asiste a la gestión aportando información e identificando las prácticas y sus dificultades, colaborando en la construcción de nuevos indicadores y facilitando su monitoreo redundando en una mejora integral tanto en la prestación como en la calidad del servicio de salud.

El Programa no debiera quedar sólo bajo la responsabilidad de una entidad pública en particular, asegurando su replicación en otras entidades y aportando datos epidemiológicos tanto a nivel regional como nacional.

Lograr el cambio y la modernización de las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud demanda la continua capacitación que permita el mejoramiento de las competencias del personal, estimulando y desarrollando buenas prácticas en el marco de un modelo inclusivo, equitativo, participativo e integral de las personas, requisito para alcanzar los cambios reales en la estructura y dinámica de dichos centros. En este sentido el Programa también ofrece un espacio de formación y promoción en nuevas prácticas ajustadas a la Ley Nacional de Salud Mental en el marco de una institución pública.

Al presentarse a la comunidad los resultados obtenidos, ésta podría analizar los mismos y plantear sus opiniones o sugerencias sobre el modelo. También es posible mostrar los factores que se fortalecieron y la importancia de la consecución de acciones similares.

## **16. Referencias Bibliográficas**

Arias, P., & Aparicio, V. (2003). Intervención temprana y prevención de recaídas en la esquizofrenia. En C. Gisbert Aguilar, *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo* (págs. 109-130). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuesta desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol.27.

Astorga, L. *Por un Mundo accesible e inclusivo. Guía básica para comprender y utilizar mejor la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, PROLITSA S.A., Costa Rica, 2010.

Barrionuevo, H. (2005). *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires: Isalud.

Barrionuevo, H. y. (2012). La reforma psiquiátrica en Brasil: tres experiencias locales. *Isalud*, 41-52.

Basaglia, F. *La mayoría marginada. La ideología del control social*, Ed. Laia, Barcelona, 1973.

Báscolo, Ernesto; Sánchez de León, Adolfo. (2001). La medición del producto sanitario y la gestión de redes. *Revista Gestión en Salud*, N° 2: 6-18, noviembre.

Caraveo-Anduaga, J. y. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Pública*, 29-40.

CELS y MDRI. (2007) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos Argentinos*. Siglo XXI, Buenos Aires.

CEPAL - Serie Manuales N° 45

Donabedian, Avedis. (1993). Definición de la calidad de la atención médica. En: *Resumen de la conferencia dictada el 20/05/93 en la Facultad de Medicina de la UBA*.

Díaz, C. (2005). *El pequeño gestión ilustrado. Servicios de Salud*. Buenos Aires: Isalud. m. (s.f.).

Goffman, E. (1970) Sobre las características de las instituciones totales. en *Internados ( Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales )*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, págs.17-129.

Kohn, R., Levav, I., Caldasde Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4/5), 229-40.

Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*, 2010.

Ley 14.580. *Ley Provincial de Salud Mental*, 2014.

Lopez, M. y Laviana, M.(2007) Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.

Ministerio de Salud de Chile. (1996) *La carga de enfermedad en Chile*.

Ministerio de Salud de la Nación, D. N. (2010). Estimación de la población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Camas disponibles destinadas a la atención en Salud Mental y Egresos Hospitalarios del Sector Público en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación, M. d. (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación, M. d. (2011). *Programa Interministerial de Salud Mental Argentino*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación, M. d. (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Perú, (1998). Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión. Lima: Ministerio de Salud.

Neropsiquiatría, A. E. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: AEN.

O.M.S. (2008) Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. *Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental*.

O.M.S. (2006). *Manual de recursos de la O.M.S. sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. O.M.S.

O.M.S.(2001) *Informe sobre la Salud Mental en el mundo*.

Rivière, P. (2000) *Teoría del vínculo*, Nueva Visión. 21ª edición, Buenos Aires.

Rogelio Apiquián–Guitart, A. F.–O.–A.–M.–S. (2006). Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Gaceta Médica de México*.

Testa, M. (2014) *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, 1ª edición, 6ª reimp., Buenos Aires.

Uriarte, J. (2004). *Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de Salud de los Sistemas Sanitarios*. O.M.S.

Vasquez, C. y. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. N. Blanco, *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (págs. 59-75). Madrid: Blanco, Navarro y Pastor Editores.

## **17. Anexos**

### **ANEXO A**

## Cuadros de Referencia Estadística

### Registro Estadístico de los Dispositivos Considerados de Ingreso al Programa.

Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Esteves.


#### Hospital Interzonal José A. Esteves - Año 2012

<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>			
	Psiquiatría	Psicología	Total Hospital
Primera vez	195	132	327
Ulterior	12423	7561	19984
TOTAL	12618	7693	20311
Con Obra Social	659	648	1307
<b>HOSPITAL DE DÍA</b>			
Plazas		25	
% Ocupacional		74,3	
Ingresos		14	
Reingresos		4	
TOTAL		18	
<b>INTERNACIÓN</b>			
Ingresos			287
Reingresos			398
TOTAL ANUAL			685
<b>% OCUPACIONAL</b>			
SALA	CAMAS	%	
Admisión	30	91,4	
Ayerza	40	61,5	
Devoto	87	78,7	
Bosch	91	94,1	
Uno	64	54,3	
Dos	91	77,5	
Tres	79	83,7	
Cuatro	91	83,7	
Cinco	91	90,4	
Seis	52	73,3	
Siete	91	68,5	
Ocho	90	78,7	
Nueve	91	75,6	
Clínica Médica	20	61,7	
TOTAL HOSPITAL	1008	78,2	


## ANEXO B

### Ejemplos de Carga de Datos

Datos de Referencia de la Persona Bajo Programa

Apellido y Nombres Gonzalez, Ana	ID 101	
Dispositivo de ingreso S. de Internación D.N.I. 24.220.....		
Dispositivo de referencia Consult. Ext. Historia Clínica 2010		
Fecha de nacimiento 05/11/74		
Sexo femenino		
Cobertura Social no tiene		
Vivienda posee vivienda propia compartida		
Domicilio – Localidad - C.P. Lomas de Zamora		
Datos de contacto (teléfono – domicilio- familiar) Hija conviviente		
Diagnóstico esquizofrenia		
Provisión de medicamentos Farmacia -Hospital Esteves		
Observaciones: Segunda internación en la institución		

Información de Estado de la Persona Bajo Programa








Alarma	Fecha último monitoreo	ID	Fecha último estado	Estado	Transición		
					Recaída	Alta de Int.	Discontinuidad
	20/06/2014	101	20/04/14	Ambul.			

Historia de Acontecimientos, Intervenciones y Resultados

Lo que le ocurre al paciente, la intervención del Programa la respuesta obtenida




Desglose por ID de la Persona Bajo Programa




--	--	--	--	--	--	--	--

Alarma	ID	Fecha de Monitoreo	Estado	Transiciones			Acontecimiento	Intervención	Resultado
				R	A	D			
	101	20/01/14	Intern.	2	1		Internación por descompensación. Dejó de tomar la medicación.	----- -----	----- -----
	101	20/02/14	Intern.	2	1		Contacto con Equipo tratante refiere mejorías y proyecta su alta de internación.	----- -----	----- -----
	101	20/03/14	Ambul.	2	2		Alta de Internación.	Se brinda asesoramiento sobre el Programa y su inclusión en el mismo.	----- -----
	101	21/02/14	Ambul.	2	2		Se constata que continúa en tratamiento y que concurre a un Club barrial.	----- -----	----- -----
	101	20/04/14	Ambul.	2	2		Se constata que continúa en tratamiento y que concurre a un Club barrial.	Se brinda asesoramiento sobre centros de atención y clubes cercanos a su domicilio.	El paciente continúa en tratamiento.
	101	22/05/14	Ambul.	2	2		El paciente no recordaba su fecha de control.	Se brinda asesoramiento y tramita turno con terapeuta ante por ser el contacto consultorios externos.	El paciente continúa en tratamiento.
	101	22/06/14	Ambul.	2	2		Se constata que continúa	----- -----	----- -----

							en tratamiento y que concurre a un Club barrial.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Desglose por alarmas monitoreadas

Alarma	ID	Fecha de Monitoreo	Estado	Transiciones			Acontecimiento	Intervención	Resultado
				R	A	D			
	101	20/02/14	Ambul.		1		Se contacta dispositivo refieren compensación y alta de internación con derivación a consultorios externos.	-----	-----
	102	20/02/14	Ambul.				No se logra establecer contacto telefónico. El paciente no concurre a control.	Visita domiciliaria. Restablecimiento del contacto. Se identifica necesidad de acompañamiento. Se informa al equipo tratante.	El paciente retoma contacto con su equipo tratante.
	209	20/02/14	Inter.	1			Se constata reinternación. Se identifica dificultad para concurrir a controles, falta de acompañamiento familiar, no cuenta con obra social.	Se contacta equipo tratante y determinan presencia de indicadores de riesgo.	-----






	305	21/02/14	Ambul.				Se constata que continúa en tratamiento y que concurre a un Club barrial.	----- -----	----- -----
	605	22/02/14	Ambul.				Se constata que continúa en tratamiento y que concurre a un Club barrial. Se estimar existencia o riesgo de recaída debido a que manifiesta no recordar la indicación para la ingesta de la medicación.	Se brinda asesoramiento y tramita turno con médico tratante por ser el contacto consultorios externos.	El paciente continúa en tratamiento.
	605	22/03/14	Ambul.				El paciente no recordaba su fecha de control.	Se brinda asesoramiento y tramita turno con terapeuta tratante por ser el contacto consultorios externos.	El paciente continúa en tratamiento.

### Panel de Control

ID	Fecha de Último Registro	Último Estado Registrado	Alarma	Transiciones		
				Recaída	Alt./Int.	Discontinua

101	22/06/14	Ambulatorio		2	2	
102	22/06/14	Internado		1		
103	22/06/14	Ambulatorio				
104	22/04/14	Aband. s/cont				1
105	22/06/14	Ambulatorio			1	
106	22/06/14	Ambulatorio				
107	22/06/14	Ambulatorio				
108	22/06/14	Ambulatorio				
109	22/06/14	Internado				
110	22/06/14	Ambulatorio				

### **Alarmas Según Situación de la Persona Bajo Programa Monitoreo Anual**

	40	Egresaron del Programa
	200	Requirieron intervención
	5	Abandonaron tratamiento o se perdió contacto
	5	Fueron internadas o reinternadas
	1000	Total de Personas bajo Programa

## **ANEXO C**

### **Documentación de Avances**

**Registro de lo tratado en las reuniones preliminares con representantes de la Dirección Ejecutiva y de las distintas disciplinas y dispositivos del Hospital Esteves durante el año 2013.**

**Encuentro del 29-6**

Se estableció como disparador para trabajar la propuesta el interrogante: ¿Cuáles son las necesidades del paciente? Esto derivó en la determinación de la falta de datos para poder llevar adelante un monitoreo de los pacientes externados durante periodos previos al establecimiento de la base de datos informatizada. Las razones detectadas incluyeron diferencias en la forma de nombrar los diagnósticos u otros datos o la falta de datos significativos respecto al paciente, sobre todo de aquellos que solo retiran medicación del Hospital.

Datos de referencia

Apellido y nombre

Historia Clínica

D.N.I.

Fecha de nacimiento

Sexo

Cobertura Social

Vivienda

Domicilio – Localidad - C.P. (se estima estará asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída )

Datos de contacto (teléfono, domicilio de la persona afectada y referente familiar)

Diagnóstico

Provisión de medicamentos (se estima asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída)

Última fecha de consulta

Última fecha de tratamiento

¿Cómo se atiende? ¿Dónde? ¿Con quién? (se estima asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída)

Acompañamiento familiar (se estima asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída)

Gravedad (se estima asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída)

Antecedentes de Recaída y abandono (se estima asociado a riesgo de interrupción del tratamiento constituyendo un indicador de recaída)

Fecha de última consulta/internación

Fuentes:

Vuelta a casa

Consultorio externo

Hospital de día

P.R.E.A.

Guardia  
Salas de internación  
Egresos  
Provisión de medicamentos

### **Encuentro del 3-7**

#### **Potencia del Programa – Universalidad del Programa**

Se propone captar a toda persona con psicosis no afectiva que se pueda identificar. Como fuente principal se tomarán aquellas personas con psicosis no afectiva que toque el hospital.

¿Cuáles son las necesidades del paciente y el volumen de pacientes? Identificación según criterios sanitarios

#### **1º Etapa del Programa: Diagnóstica**

##### **¿Dónde están, quiénes son?**

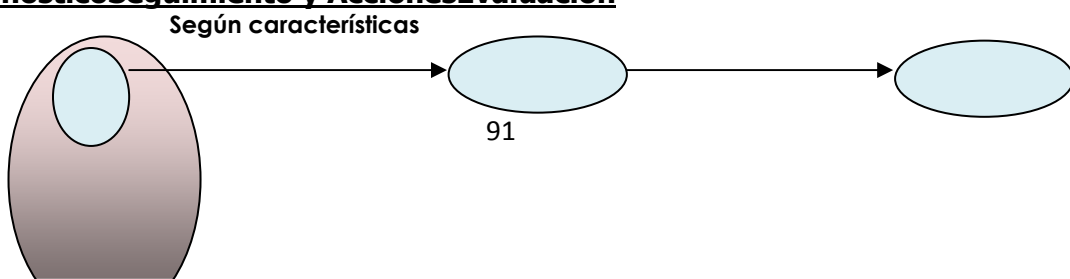
Fuentes: 1. Egresos (aproximadamente en el período 2011-2012 un total de 700 pacientes identificadas).

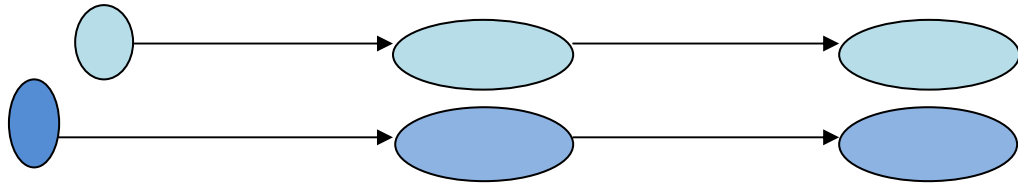
2. Provisión de medicamentos.
3. Consultorios Externos.
4. Otros (P.R.E.A., Vuelta a Casa, Hospital de Día).

Diagnóstico presuntivo: El mayor riesgo de abandono o recaída estaría relacionado con la accesibilidad geográfica a instituciones, profesionales tratantes y medicamentos, familia en situación precaria.

#### **Etapas**

##### **Etapa 1 Etapa 2 Etapa 3** **Diagnóstico Seguimiento y Acciones Evaluación**





Datos de referencia

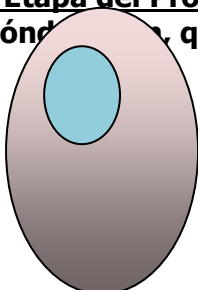
(● Datos que aparecen en la base de datos existente en el Hospital al momento, datos ● que no se encuentran actualmente)

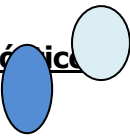
- Apellido y nombre ●
- Historia Clínica ●
- D.N.I. ●
- Fecha de nacimiento ●
- Sexo ●
- Cobertura Social ● si/no, cuál? Cruzar los datos con SAMO
- Vivienda ● ¿tiene a dónde vivir?
- Domicilio – Localidad - C.P. (riesgo) ● distancia - accesibilidad geográfica – económico según código postal (Lomas Región Fuera de la reg. )
- Datos de contacto (teléfono – domicilio- familiar) ●
- Diagnóstico ●
- Provisión de medicamentos (ver riesgo) ● acceso - agregar a la base ¿tiene problemas para adquirir la medicación?
- Ultima fecha de consulta institucional
- Ultima fecha de tratamiento
- ¿Cómo se atiende? ¿Dónde? ¿Con quién? (ver riesgo)
- Acompañamiento familiar (ver riesgo)
- Gravedad (ver riesgo) Días de internación – relación con el acompañamiento familiar.
- Antecedentes de Recaída y abandono (ver riesgo)- internación - abandono
- Fecha de último egreso (seguimiento días libres de internación)
- Cantidad de días de internación
- Tipo de ingreso

**Encuentro 10-7**

**1º Etapa del Programa: Diagnóstica**

¿Dónde? ¿Con quiénes son?



**Diagnóstica**  Según características

Fuente: **1. Egresos**

Datos planilla egresos 2011-2012:

Pacientes identificadas: 582

Sin diagnóstico: 17

Pacientes con más de 1 internación: 64

**Ingresos: 294**

Regresos alta definitiva: 242

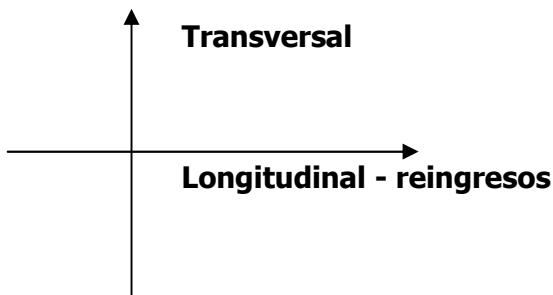
Regreso fuga: 27

Regreso alta vencida: 13

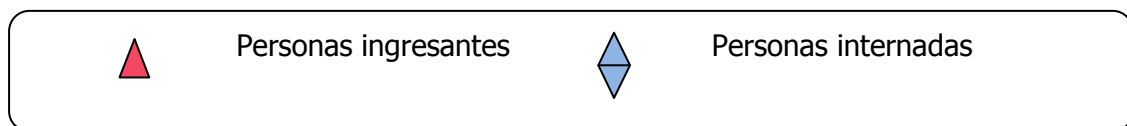
Regreso otros tratamientos: 6

Regresos  
288

Ejes a considerar



Aproximadamente el 50% de los ingresos son nuevos para el hospital.  
Crece la población atendida – candidatos a reinternaciones.



**Diseño de la Base de datos**

**Tipo de información a considerar**

Datos de referencia del paciente (datos de contacto)

Eje transversal

**Datos de referencia**

Apellido y nombre

Historia Clínica

D.N.I.

93

Fecha de nacimiento

Sexo

Cobertura Social

Vivienda

Acontecimientos – lo que le ocurre al paciente  
Eje Longitudinal

Fecha	Acont. 1	Acont. 2	Acont. 3	Acont. 4	Acont. 5

Intervenciones  
Eje Longitudinal

Fecha	Interv. 1	Interv. 2	Interv. 3	Interv. 4	Interv. 5

Propuesta:

- Considerar
- No adherencia (más ambicioso)
  - Abandono
  - Recaída

Se decide contactar a personal del Servicio de Estadística del Hospital para chequear como es la planilla actual de movimiento de los pacientes con la que cuenta el hospital.

Armar un listado de acciones no asistenciales del Programa.

**Indicadores de Riesgo para nomenciar:**

- Riesgo desde el punto de vista de la red de contención socio-familiar. (según vulnerabilidad de 1 a 4)
- Accesibilidad al Sistema de Salud (de 1 a 4)
- Adherencia al tratamiento

**Encuentro 14-8**

**Criterio de inclusión**

Apellido y nombre

Número de Documento Identifica a la persona

Diagnóstico (Criterio de inclusión)

Datos de un segundo momento

Localidad (si-no)

Tel de contacto (si-no)

Información sobre atención (si-no) - Consultorios : que asista

- Farmacia: retiro de medicación

- Egresos que no van ni a farmacia ni

aconsultorio

(sin información): llamado

Llamados: llamamos a todos los que no tengamos información por 90 días.

El resultado de la primera etapa: distinción entre cuatro listados:

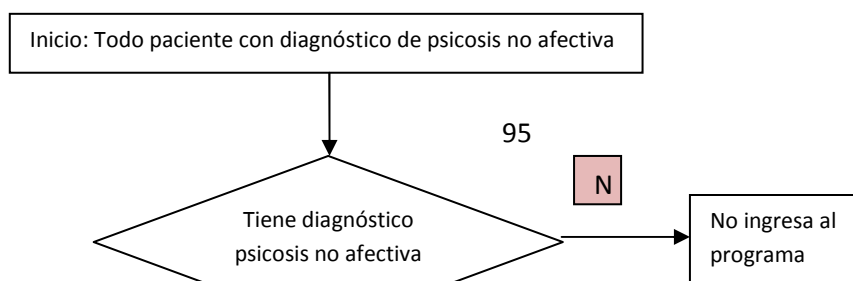
- Pacientes que obtenemos información de los registros hospitalarios que abandonaron tratamiento

- Pacientes que obtenemos información de los registros hospitalarios que no abandonaron tratamiento

- Pacientes contactados telefónicamente que no abandonaron tratamiento

- Pacientes contactados telefónicamente que abandonaron tratamiento

**Primer Diagrama de ingreso elaborado**



Listado

### **Encuentro del 21-8**

Predictores: No adherencia 26% no cumple con el tratamiento que le fue indicado:  
**recaída**

Según estudio italiano(revisión sistemática sobre un total de 2400 pacientes en 86 estudios)

Costo de reinternación por no adherencia a antipsicóticos en EEUU 2005 \$1500 millones de dólares.

Para nosotros **recaída = reinternación**

**Datos que vamos a considerar: abandono de tratamiento y reinternación**

La salud es un derecho no una inversión, fundamentar desde una postura netamente económica termina siendo un arma de doble filo.

Se le solicitará al programador las fuentes de información con las que se cuenta actualmente para proyectar el armado de un programa que nos permita obtener datos dinámicamente.

Recabar información respecto de una población estable, aunque requiera un esfuerzo inicial tiene sentido en función de su utilidad a futuro.

Programa que apunta a la información: escrita (H.C., epicrisis, otras planillas), digitalizada (consultorio, farmacia, egresos), en los pacientes en la cabeza de la flia.(llamar por teléfono).

Se considera un aspecto crítico del Programa digitalizar la información.

**Niveles de datos a recabar:**

**Criterio de inclusión**

Apellido y nombre

Número de Documento Identifica a la persona

Diagnóstico (Criterio de inclusión)

---

**Datos de un segundo momento**

Localidad (si-no)

Tel de contacto (si-no)

Información sobre atención (si-no) - Consultorios : que asista

- Farmacia: retiro de medicación

- Egresos que no van ni a farmacia ni a

consultorio

---

**Seguimiento**

90 días

Acción: Búsqueda de información sobre continuidad de tratamiento

Consulta o Llama telefónica

---

**Intervención:**

Se acuerda revisar datos previos y elaborar una lista de necesidades y ofertas para dar respuesta o facilitar contacto.

Se proyecta protocolizar los llamados.

**Indicadores:**

Riesgo de abandono y de recaída

**¿Qué pedir al programador?**

Seguimiento de Movimientos

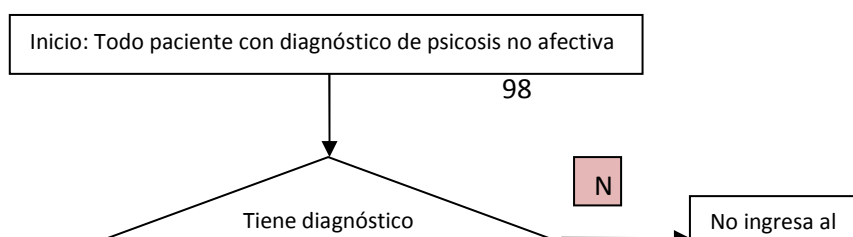
Fecha	Internado	Tratamiento

Si no se registra datos de seguimiento activación de alarma para hacer contacto.

Recabar datos legales.

**Segundo Diagrama de ingreso**

Fuentes: Consultorios, Farmacia, Internados y Egresos que no van ni a farmacia ni a consultorio.



Contacto directo

Listado

### **Encuentro del 28-8**

Accesibilidad a los datos del sistema por parte de Servicio Social.

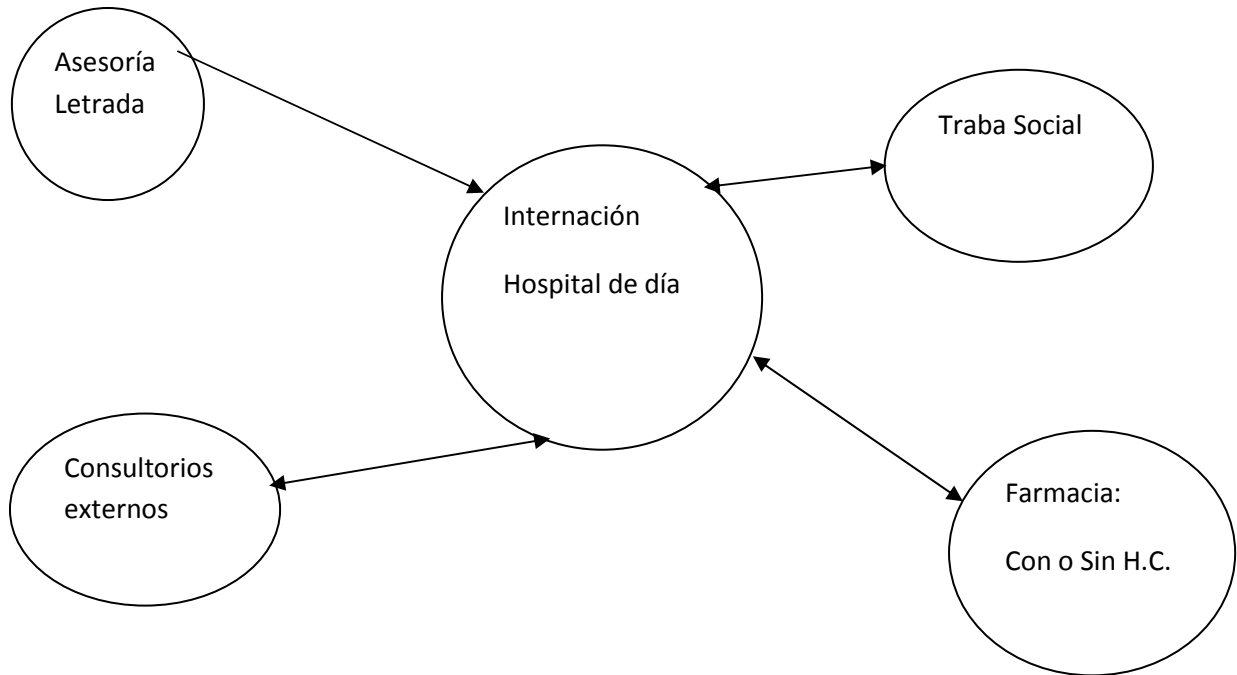
Presentación del sistema actual.

Integrar datos de internación, consultorio externo, farmacia. Cargado a partir del 98.

Cuenta con los datos de 9700 pacientes internados en este periodo.

Farmacia tiene pacientes incluidos en los otros grupos pero también pacientes que solo se registran allí.

Se propone desde la dirección llegar a una Base de datos integrada.



Se propone incorporar datos de la guardia

Código de Barra incorporado a las h.c. y los documentos que facilita la identificación y seguimiento del paciente.

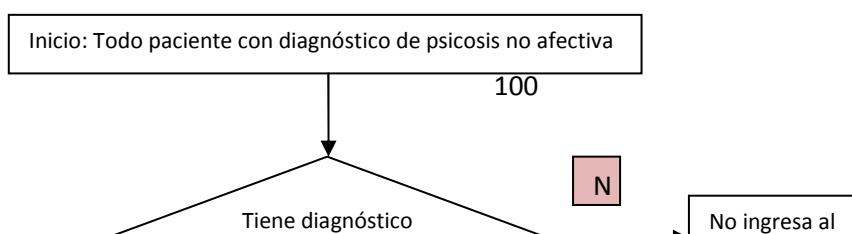
**Predictores:**

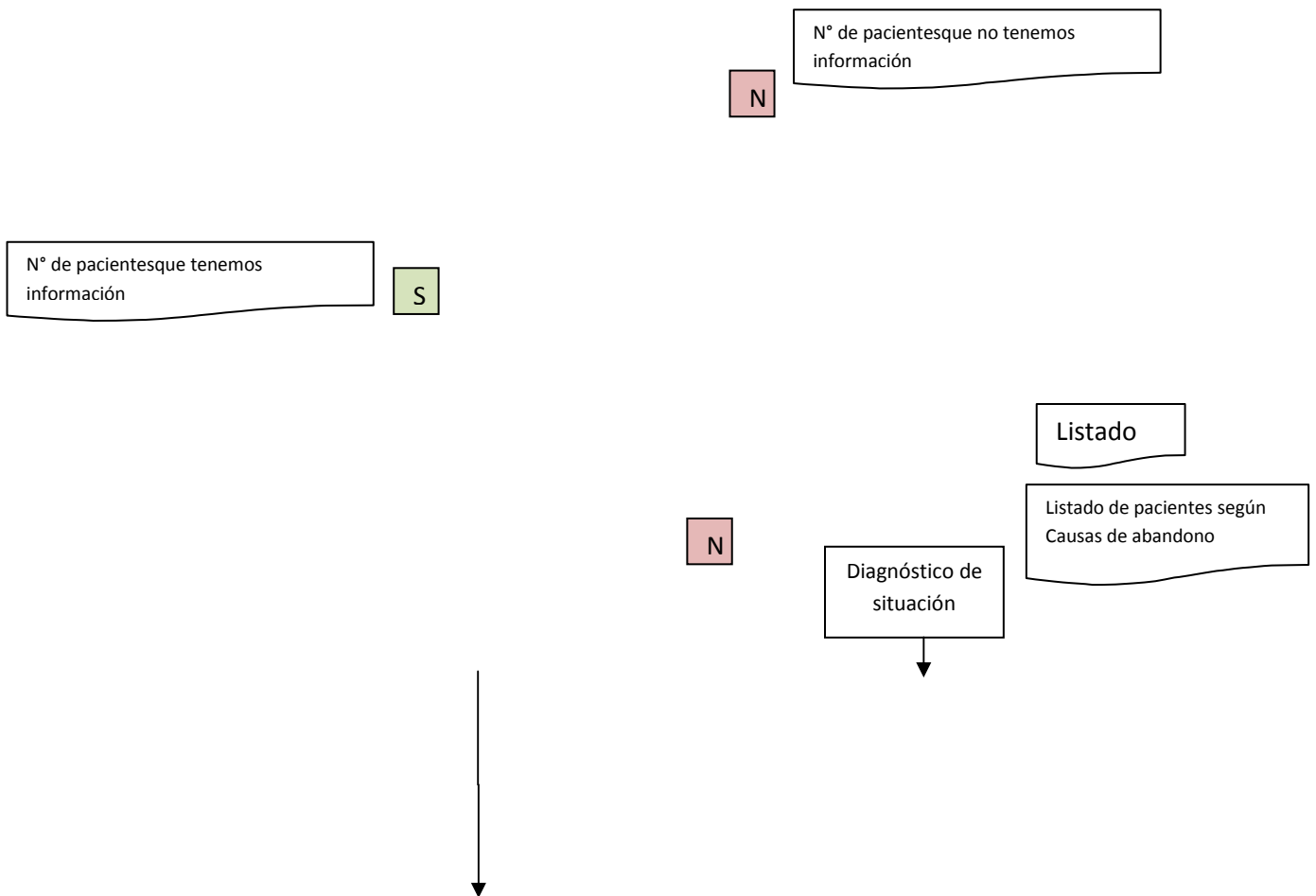
- Recaídas - reinternaciones
- Distancia
- Antecedentes de abandono
- Malos soportes sociales

**Establecer Niveles y puntuación de riesgo para obtener un riesgo global del paciente**

**Tercer Diagrama de ingreso**

Fuentes: Consultorios, Farmacia, Internados y Egresos que no van ni a farmacia ni a consultorio





**Encuentro del 4-9**

**Se propone un nombre para el programa: Programa para la disminución de reinternación de pacientes con trastornos mentales severos – psicosis**

Propuesta de presentación de poster para la Jornada Provincial de Hospitales – 22 de noviembre.

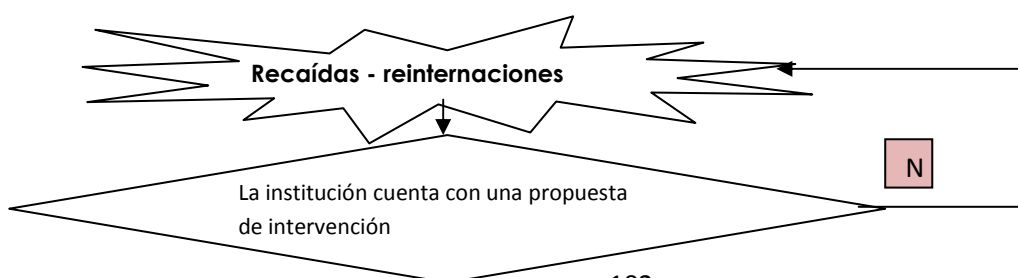
Dónde centrar la información.

Definición de factores de riesgo como una segunda etapa del programa.

Revisión de la posibilidad de incluir en la carga de los datos las prestaciones de trabajo social a pacientes no atendidos directamente en el hospital, que no tienen Hist. Clínica.

Pautar una fecha para analizar y determinar el tipo de prestación y su registro.

Fecha	Prestación	Continuidad de tratamiento	Motivo sanitario	Intervenciones
/ /	Consulta al sistema Consulta telefónica Entrevista personal Otros	Si-No	Dar opciones pre determinadas o detallar.	Dar opciones pre determinadas o detallar.





Surge el interrogante acerca de si el plan farmacológico se podrá asociar directamente a un cuadro diagnóstico. Racionalidad en el uso de los fármacos.

Se acuerda en que debe comenzarse con el programa.

Datos generales del paciente que tiene tablas principales: uno maneja asesoría letrada, otro Trabajo social, consultorio externo, farmacia, estadística (internación).  
Cada área define los campos respecto a lo que ocurrió en una fecha determinada.

Habrán pacientes de los cuales obtendremos datos en distintas áreas y otros que sólo se podrán rastrear en una de ellas.

En un principio sólo se podrá ingresar a los datos en el hospital.  
Se establece la necesidad de crear una página para el Hospital que entre otros servicios permita el acceso a los datos, la creación de la misma debe ser aprobada por el Ministerio.

Los datos se obtendrán del área estipulada para trabajo social.

Para el próximo encuentro se tendrá un listado discriminado por exel de los pacientes que en su diagnóstico incluyen: esq, psic, del, cat, heb, paraf incluyendo fecha de última consulta estadística (fecha de egreso), consultorio o farmacia.

A los efectos de este Programa y en esta Primera Etapa:

En esta primera etapa dentro de los trastornos mentales severos se considerarán sólo las psicosis no afectiva para luego hacerse extensivo.

Paciente en tratamiento se considera a todo paciente con diagnóstico de psicosis no afectiva que de acuerdo a los datos obtenidos ha tomado contacto con el sistema dentro de los 90 días ya sea en farmacia, consultorios externos y/o internación en el Hospital Esteves.

### **Encuentro del 30-10**

Revisión de los datos existentes en función de arribar a una aproximación del volumen de pacientes con el que se iniciaría el programa.

Determinación de dificultad en cuanto al relevamiento de datos de contacto telefónico y de procedencia.

Se trabaja con listado de pacientes 2011/12 según consumo medicamentoso y listado de pacientes 2009 según procedencia.

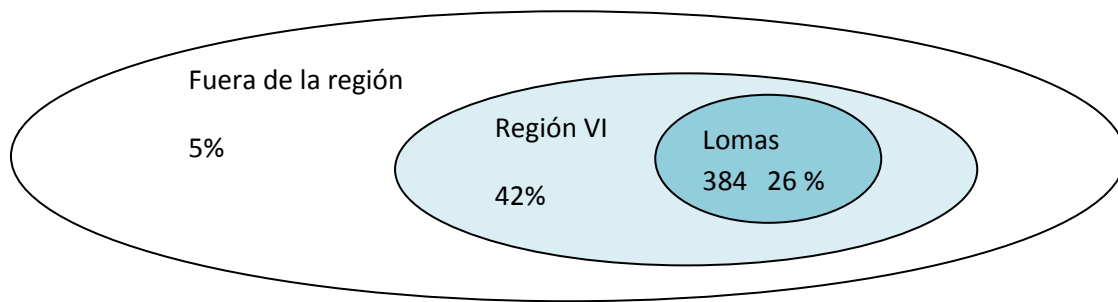
Según la base de datos de farmacia del 2008 a la fecha se han procurado medicamentos a 15570 pacientes, de los cuales 6887 no tienen h.c. en esta institución.

Datos actuales referidos al período del 28 de agosto al 14 de septiembre: 1452 personas recibieron medicación en farmacia del Hospital. De los mismos se cuenta con los siguientes datos: h.c., nombre y apellido, lugar de procedencia, n° de documento, diagnóstico, medicación. Sin h.c. 1088, 364 tienen h.c.; Del total 331 no tienen datos de procedencia pero todos tiene h.c. Según la procedencia se advierten los siguientes datos:

Lomas: 384

Desconocidos: 54

Sin datos: 331



La lógica del sistema de salud es atender a lo que golpea la puerta, por lo menos hasta el momento, no sale a buscar, este es un programa que da un puntapié inicial en el cambio de mirada al paciente, no atender solamente la demanda, sino a la necesidad de atención que no necesariamente se traduce o se manifiesta en una demanda de atención.

### **Encuentro del 10-11**

Criterio de inclusión: Se le solicita al programador la elaboración de un excel con todas aquellas personas que egresaron desde el 1 de enero de 2011 a 2012 hasta el día de hoy y que en los últimos 90 días hayan tomado o no contacto con el hospital, excluyendo solo a aquellas que si cuentan con diagnóstico de no sea psicosis no afectiva.

Farmacia: los que están yendo a buscar medicación

El excel incluiría: nombre, h.c., contacto, región, diagnos, medicación, último contacto.

Permitiría dar con un listado madre del cual se podrían evaluar los siguientes datos porcentuales:

- Total

- C/S H.C.
- Domicilio
- C/S teléfono
- C/S diagnóstico PNA
- C/S diagnostico sin dato
- Medicación
- Ultimo contacto

Se propone hacer un análisis de tipo epidemiológico farmacológico, es decir partiendo de la medicación que le es administrada a la persona deducir su patología. El mismo estará a cargo una de las psiquiatras del equipo.

Paralelamente el Servicio de trabajo social se encuentra realizando un relevamiento de las pacientes en situación de internación utilizando como herramienta El índice de Barthel que mide autonomía. Se propone incorporar algún indicador en relación al manejo de dinero.

Subgrupo de pacientes internados en el período de un año para determinar una línea de base que posteriormente permita evaluar los resultados del programa respecto a un grupo determinado.

## Índice

1. Introducción. ....	pág. 7
-----------------------	--------

2. Planteamiento del Problema. ....	pág. 11
3. Marco Conceptual y Referencial. ....	pág. 26
4. Antecedentes. ....	pág. 41
5. Hipótesis. ....	pág. 44
6. Metodología y Técnicas a Utilizar. ....	pág. 45
7. Diagramas y Esquemas de referencia del Programa. ....	pág. 46
8. Etapas de Implementación y Objetivos Estratégicos. ....	pág. 48
9. Creación y Puesta en funcionamiento del Programa. ....	pág. 55
10. Dispositivos de identificación e ingreso al Programa. ....	pág. 58
11. Unidad de Monitoreo e Intervención. ....	pág. 60
12. Dispositivo de egreso. ....	pág. 66
13. Indicadores de Impacto del Programa y Diseminación de resultados. ....	pág. 68
14. Recursos, Financiamiento y Costos. ....	pág. 73
15. Análisis F.O.D.A. ....	pág. 76
16. Algunas reflexiones a modo de conclusión. ....	pág. 78
17. Referencias Bibliográficas. ....	pág. 81
18. Anexos. ....	pág. 84