



**Hospital Alemán  
Curso de Auditoria Médica  
(2009)**

**Director: Dr. Agustín Orlando**

**Auditoría en Salud Mental**



**Dras. Vannina Basabe, Vanesa Lapponi,  
Susana Mannocchi**

**Índice:**

Portada: .....	1
Índice: .....	2
Introducción: .....	3
Desarrollo: .....	4
Conclusión: .....	24
Apéndice:.....	26
Bibliografía: .....	27

## **Introducción**

El desarrollo vertiginoso de la ciencia y de la tecnología, la globalización de la información, el creciente aumento del interés de la población en los problemas médicos, la generalización de los conceptos de calidad en general, y en particular los referentes a los servicios de salud, han propiciado que los médicos tengamos que buscar un método que permita una autoevaluación crítica del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de nuestras habilidades, naciendo la Auditoría Médica.

La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de:

- Mejorar la práctica médica,
- Ser un medio de educación continua,
- Mejorar la calidad de la atención médica.

Al respecto, observamos que en el área de Salud Mental aparecen falencias como las siguientes:

- Planes terapéuticos
- Propuestas de tratamientos,
- Evaluaciones de los resultados.
- Calidad deficitaria en las modalidades existentes.
- No hay protocolos estandarizados que permitan el control de la calidad de la prestación.
- Desconocimiento de la problemática del área por parte de algunos auditores.
- Insuficiente control de los servicios brindados.
- Historias clínicas mal confeccionadas.
- Derivaciones inadecuadas.

A raíz de lo mencionado es posible observar:

- Insuficiente control de los servicios brindados.
- Mala praxis, complicaciones orgánicas y funcionales.
- Internaciones innecesarias o que podrían haberse prevenido.
- Gastos excesivos, recursos desperdiciados

El hecho de que sea un área relativamente nueva, que las patologías sean variadas y requieran de múltiples saberes para tratarlas, como así también, la dificultad en la organización de los sistemas de atención de estos pacientes, pueden ser factores que propicien la situación planteada en los párrafos anteriores.

A partir de lo expuesto elaboramos una guía para la evaluación y auditoría, proponiendo que el auditor participe en la derivación, actuando como un orientador que especifique el tipo de modalidad requerido para los pacientes, como así también para

auditar lo relacionado con la estructura, los procesos y los resultados en la atención de esta población.

En la búsqueda de material bibliográfico tropezamos con la dificultad para hallar textos específicos del área, investigamos leyes, antecedentes, observamos formas y requisitos para el funcionamiento institucional de diversas obras sociales y prepagas, y nos basamos en la legislación planteada por el Servicio Nacional de Rehabilitación. Por tal motivo la bibliografía empleada se basó en los textos mencionados, en materiales relacionados específicamente con la temática de la discapacidad mental, sin dejar de lado aquellos relacionados con los conceptos de auditoría y calidad.

### **Centro de Día**

El modelo de Centro de Día tiene su origen en 1933 en la ex Unión Soviética en el primer hospital Psiquiátrico de Moscú apareciendo como respuesta a una desbordante demanda en contraste con la escasez de recursos económicos, físicos y humanos.

En la actualidad el Centro de Día es un servicio que brinda un modelo de tratamiento ambulatorio con múltiples abordajes y recursos terapéuticos. Está destinado a pacientes de ambos sexos con patologías mentales graves (incluyendo adicciones) que requieren tratamiento intensivo diario.

Este tipo de terapia intenta mejorar la evolución de la enfermedad mental, aumentar el grado de autonomía, mejorar las relaciones interpersonales, intentar la reinserción social, romper el círculo de internaciones y cronicidad.

Por esta razón creemos en la importancia que tiene este modelo de terapéutica en diversas patologías de evolución crónica. En la página 19 desarrollaremos en forma más profunda el concepto de este modelo de atención

### **Desarrollo**

Para una mejor comprensión de las implicancias y alcances de la discapacidad mental, partiremos de las definiciones actuales tomadas del DSM IV y el CIE10.

### **Retraso mental**

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar

el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante.

### **Retraso mental leve.**

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

### **Retraso mental moderado.**

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

**Retraso mental grave.**

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel mas bajos que los mencionados en F71. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

**Retraso mental profundo.**

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

**Otros retrasos mentales.**

Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

**Retraso mental sin especificación.**

En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores.

Incluye:

Deficiencia mental sin especificación.

Subnormalidad mental sin especificación.

Oligofrenia sin especificación.

**Trastornos de las funciones mentales superiores.**

En la actualidad se reconocen tres estadios en lo que respecta a las funciones cognitivas:

1- La normalidad.

2- El deterioro cognitivo leve.

3- Las Demencias (abarcando lo antiguamente conocido como deterioro cognitivo moderado y severo).

1-La normalidad es la ausencia de declinación cognitiva.

2-El “deterioro cognitivo leve” se refiere a un deterioro en las funciones mentales superiores, que no es suficiente para rotular el diagnóstico de síndrome demencial. Los criterios para su diagnóstico son:

A- Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante.

B-Deterioro de la memoria en relación con los sujetos de la misma edad y el nivel educacional del paciente.

C-Función cognitiva global normal.

D-Normalidad en las actividades de la vida diaria.

E-Ausencia de demencia.

3-La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales. Los cambios en el modo como el enfermo desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes diferencias transculturales y factores externos que repercuten en el mercado laboral.

El diagnóstico de demencia debe reunir criterios para poder establecerse. Los más utilizados son los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)

#### **Criterios de demencia de DSM-IV**

A1: Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.

A2: Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar.
- Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
- Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.

- Trastornos de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización.

B- Los trastornos A1 y A2 deben tener una intensidad suficiente como para causar un deterioro significativo de la actividad social u ocupacional y deben representar una declinación del nivel previo de funcionamiento.

C.- Los hallazgos enunciados no deben aparecer con exclusividad durante el curso de un estado confusional agudo.

Según su origen a las demencias se las puede clasificar en:

1- Degenerativas: Las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer. Demencia por cuerpos de Lewy, Demencia frontotemporal, Parálisis Supranuclear progresiva (PSP), asociadas a enfermedades extrapiramidales (Parkinson, Huntington, etc)

2 - Metabólicas y nutricionales: Asociadas a hipo o hipertiroidismo, a hipo o hiperparatiroidismo, la secundaria a insuficiencia hepática o a insuficiencia renal, la enfermedad de Wilson, y las carenciales por déficit de vitamina B12, de ácido fólico y de vitamina B1 ( algunas de estas demencias son potencialmente tratables).

3- Vasculares: Asociada a infarto o infartos cerebrales múltiples.

4- De origen infeccioso : Son las relacionadas con el *Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida* (SIDA), la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la sífilis del sistema nervioso central, la enfermedad de Lyme, la enfermedad de Whipple y la encefalitis por Herpes virus.

5- De origen Tóxico: Las más frecuentes son las causadas por el alcohol, algunos metales pesados o drogas de abuso.

6- De origen neoplásico: Las demencias secundarias a tumores cerebrales primarios o metastásicos, la encefalitis límbica y la meningitis carcinomatosa.

7- Otras: Se destacan la demencia postraumática, el hematoma subdural crónico y la hidrocefalia normotensiva.

Según sus características clínicas las demencias pueden ser clasificadas:

1-Demencias Corticales:

-Enfermedad de Alzheimer

-Demencia frontotemporal

2-Demencias Subcorticales

-Síndromes Parkinsonianos (Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, PSP, Enfermedad de Wilson)

-Hidrocefalia

- Esclerosis múltiple

- Encefalopatía por HIV

- Demencia Vascolar (Estado lacunar, Enfermedad de Winiwanger)

3-Demencias combinadas: corticales y subcorticales

- Demencia vascular multinfarto

- Demencias infecciosas (Priones, Sífilis)

- Demencias tóxicos metabólicas
- Otras: Postraumáticas, Postanóxicas o neoplásica.

Habitualmente en un paciente en el que se detecta un compromiso de las funciones mentales superiores se realizan algunas de las siguientes evaluaciones que aumentarán en complejidad y especificidad según la presunción etiológica:

- A) Recoger los datos habituales de cualquier historia clínica, como edad, sexo, antecedentes generales personales y familiares, etc. Aquí cobran importancia también la presencia de factores de riesgo vascular como diabetes, hipertensión y trastornos del colesterol, los antecedentes familiares de demencia, de síndrome de Down, de traumatismo craneoencefálico y el nivel educativo del paciente. Se indagará además sobre la presencia o no de afasia, apraxia, agnosia, trastornos de la función ejecutiva, fobias, compulsiones, obsesiones, delirios o ideas delirantes, alteraciones de la percepción, alteraciones del estado de ánimo y alteraciones de la conducta.
- B) Realizar una evaluación física completa.
- C) Solicitar estudios complementarios de rutina para arribar a su diagnóstico.

1- Laboratorio completo: que incluya glucosa, función renal y hepática, función tiroidea, vitamina B12, Ácido Fólico, hemograma completo, serología de lúes si el paciente tiene factores de riesgo específicos (la Sociedad Española de Neurología recomienda su realización rutinaria) y un análisis elemental de orina.

Sistema Nervioso Central (SNC), serología de lúes positiva, hidrocefalia, edad inferior a 55 años, demencia inusual o rápidamente progresiva, inmunosupresión, sospecha de vasculitis del SNC o presencia de enfermedad metastásica.

3- Neuroimágenes: Debe hacerse una Tomografía Axial Computarizada (TAC) o una Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cerebro.

4- Evaluación neuropsicológica: está constituida por el conjunto de métodos y técnicas que permiten definir en forma clínica el estado de las capacidades mentales superiores.

Las capacidades mentales superiores se subdividen en tres grandes dominios:

1-Funciones intelectivas o de procesado de la información 2-Funciones emocionales 3-Funciones ejecutivas

El objetivo de los test aplicados en las evaluaciones neurocognitivas es el estudio de los tres dominios previamente mencionados, que permitirán junto a los demás estudios complementarios y fundamentalmente a la evaluación clínica del paciente determinar el diagnóstico de demencia.

Se requiere de una batería de test y escalas para examinar el estado mental en las demencias, siendo los de mayor utilidad los que se describen a continuación:

- Barthel: Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria.
- Blessed: Escala de demencia de Blessed.
- Caídas múltiples: Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp.
- Carnero Pardo: Test de las Fotos.

- Cruz Roja: Escala de incapacidad de la Cruz Roja (escalas física y mental).
- Eurotest: Actualización del Test del Dinero, de C. Carnero y M.T. Montoro.
- Folstein: Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.
- Hachinski: Escala de isquemia de Hachinski.
- Hamilton: Escala de depresión de Hamilton.
- Hughes: Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes.
- HUI-3 (o HUI3): Health Utilities Index Mark 3.
- Índice de estrés del cuidador (CSI): Caregiver Strain Index.
- Isaacs: Set - Test de Isaacs.
- Inventario neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory, NPI).
- Katz: Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.
- Lawton y Brody: Escala de Lawton y Brody de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Lobo: Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.
- Mitchell, Susan L. et al: Escala de supervivencia en pacientes con demencia avanzada.
- Pfeiffer: Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ).
- Rabins: Criterios de Pseudodemencia.
- Reisberg: Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg.
- SIS-16 (Stroke Impact Scale - 16, escala de impacto del ictus de 16 ítems).
- Test de dibujo del reloj.
- Test del informador (Informant Interview, de Jorm y Korten).
- Yesavage: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Yesavage abreviada: Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida de 15 ítems).

- Zarit: Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit.

Las escalas o test elegidos en una evaluación quedan a juicio del evaluador. El electroencefalograma se hará si existe historia de convulsiones, de pérdida de conciencia, episodios de confusión o deterioro clínico rápido.

No están indicadas como rutina las determinaciones del genotipo de la apolipoproteína E (APOE) ni de otros estudios genéticos.

### **Epidemiología de las demencias:**

El rasgo más consistente en la epidemiología de las demencias es el aumento exponencial en la prevalencia en relación con la edad entre los 65 y 85 años.

En los países occidentales alrededor del 59% de las demencias corresponden a la Enfermedad de Alzheimer, el 17% a las demencias vasculares, el 14% a las demencias mixtas y el 10% restante se reparte en partes iguales entre las demencias asociadas al Parkinson, la alcohólica y otras causas.

En América latina los estudios de prevalencia e incidencia de demencias son muy escasos, pero se sabe que al igual que en occidente la prevalencia de las demencias ha aumentado dramáticamente.

El nivel de educación juega un papel protector fundamental en las demencias. Teniendo en cuenta dicho parámetro se observa que la situación en América latina estaría más complicada que en los países desarrollados, dado el porcentaje elevado de iletrados funcionales (con menos de 4 años de escolaridad).

### **Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico definitivo debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta. El cociente intelectual debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del enfermo. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las discapacidades concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del enfermo y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana.

El Dr. Fejerman plantea que los trastornos del desarrollo y especialmente el autismo infantil, no son determinados por distorsiones en la conducta de los padres sino por disfunciones originadas en el sistema nervioso central. Esto no implica desconocer la participación de las vertientes psicológica, psicopedagógica, lingüística, comunicacional y

psicomotriz en el equipo que trabaje junto a los padres para mejorar la adaptación, sino que el trabajo interdisciplinario debe iniciarse a partir de esta declaración de principios. En este libro se citan experiencias llevadas a cabo en diversos países a fin de diagnosticar tempranamente déficit de esta naturaleza a fin de implementar tratamientos tempranos que permitan disminuir los efectos de estas patologías. Plantea, “la necesidad imperante en el presente es agudizar los criterios de diagnóstico conductual para que de esa manera los investigadores, los médicos y otros profesionales, así como también educadores y legisladores a cargo de administrar los recursos médicos y educacionales, se pongan de acuerdo...”

Como vemos las causas de las discapacidades son variadas, algunas de orígenes identificables y otras no, de todos modos los efectos de estos cuadros en la vida familiar y social son complejos y de difícil abordaje. La dificultad que presentan estas patologías es que vienen acompañados en numerosos casos de complicaciones orgánicas y funcionales, difíciles de diagnosticar y abordar. Tal vez lo más destacable es el carácter crónico de la discapacidad, los recursos que insume y la necesidad de atención de por vida. Otro aspecto a tener en cuenta al evaluar esta problemática, es la carencia de protocolos y tratamientos estandarizados que permitan acuerdos en cuanto a los tratamientos a implementar, evaluación de los procesos y aún de los resultados. Esto puede prestarse fácilmente a abusos en relación a demandas a los financiadores para que subsidien determinadas prácticas, onerosas y de alcance aún no comprobado, como así también negativa de los prestadores a cubrir prestaciones que podrían ser útiles, cayendo en atenciones deficitarias (esto podría suceder en los sistemas de pago por capita o módulo).

En este contexto podemos citar a Vicente Mazzáfero “desde que la enfermedad comienza a desarrollarse en el individuo, una serie de factores ecológicos desempeñan su papel y le otorgan mayores o menores posibilidades de supervivencia, de complicaciones o de muerte por supuesto que el azar, presente en todas las circunstancias, también participa, y sólo la investigación podrá precisar sus alcances, pero las vicisitudes de la evolución estarán condicionadas a todos los factores del ambiente. Además de los aspectos relativos al agente y al huésped, las disponibilidades de la atención, las condiciones culturales y económicas del paciente y su familia, y la organización sanitaria de la población, también influyen en una serie de hechos, que pueden sucederse de esta manera:

Posibilidad de atención médica, diagnóstico correcto, tratamiento efectivo, cuidados adecuados de enfermería y otros.

Hospitalizado el paciente, la posibilidad del diagnóstico y la existencia de un tratamiento o un fármaco adecuado no determinan por sí solos el éxito de la medicina. Es necesario, además, que se cumplan una serie de condiciones para que, al fin, el tratamiento resulte efectivo. La medición de las consecuencias, expresará por último la eficacia alcanzada con los esfuerzos realizados, pero la búsqueda de los factores relacionados con las condiciones predichas permitirá conocer las razones de los resultados obtenidos. De esta manera, el administrador responsable podrá contestar preguntas como: la atención que presta el servicio ¿es de buena calidad? ¿Cuáles son las razones de las deficiencias o los adelantos alcanzados en la atención que presta?

Aprovechará así sus recursos de la mejor forma posible, cumpliendo con la idea fundamental que debe animar a la administración de los servicios de la atención médica, la de medir constantemente el rendimiento obtenido”

### **Legislación en Argentina**

En nuestro país los aspectos relacionados con esta temática, se encuentran regulados por el Servicio Nacional, dependiente del Ministerio de Salud. Este organismo regula lo relacionado, con el certificado de discapacidad, pases en el transporte, tramitación de autos, etc. Un tema importante a tener en cuenta es que no se plantean áreas de discapacidad, sino que engloba al conjunto de la población con estas características. Al momento de evaluar las incidencias de la discapacidad es fundamental considerar que hay diferencias entre las llamadas discapacidades físicas de otras, ya que si son de diferente alcance, hay posibilidad de utilizar guías estandarizadas de evaluación y seguimiento.

#### **- Plan Médico Obligatorio**

El Plan Médico Obligatorio (PMO, resolución 246/96 y sus modificaciones) regula y establece los servicios mínimos que debe brindar una obra social o prepaga a sus afiliados. El tema de la discapacidad no se encuentra siquiera nombrado en él por lo que la única que regula la forma y el contenido sobre la atención a los discapacitados es la ley 24.901 y las resoluciones que de ella derivaron.

#### **- Ley 24.901**

#### **Fundamentos**

La Ley 24.901 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad", el Decreto 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 1193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas, crean la estructura jurídico institucional necesaria para la implementación del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

LEY N° 22.431 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados” en su artículo 2° considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

La Ley 24.901 enumera las prestaciones básicas que deben brindarse a las personas con discapacidad y desarrolla a título enunciativo los servicios específicos que integran esas prestaciones, remitiendo a la reglamentación el establecimiento de sus alcances y características específicas y la posibilidad de su ampliación y modificación.

El Decreto 1193/98, reglamentario de la Ley 24.901, establece en su artículo 1° que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas será el organismo regulador del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad; elaborará la normativa relativa al mismo, que incluirá la definición del Sistema de Control Interno juntamente con la Sindicatura General de la Nación; contará para su administración con un Directorio cuya composición, misión, funciones y normativa de funcionamiento se regula en el mencionado Decreto, y propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

De acuerdo con el artículo 6° del mencionado Decreto 193/98, el Ministerio de Salud y Acción social (M.S.A.S.) la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas establecerán las normas de acreditación de Prestaciones y Servicios de Atención para Personas con Discapacidad en concordancia con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1424/97 y en el Decreto 762/97. El Servicio Nacional de Rehabilitación, por su parte, establecerá los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, e incorporará al mismo a todos aquellos prestadores que cumplimenten la normativa vigente.

Por Resolución 428/99 del M.S.A.S., posteriormente modificada por Resolución 036/03 del M.S.A.S., se aprobó el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, en el que se define el contenido y los alcances de las prestaciones de Rehabilitación, Terapéutico-Educativas, Educativas y Asistenciales del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad y se establecen sus modalidades de cobertura.

El Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad aprobó la propuesta de Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Atención del Sistema Único de Prestaciones, y posteriormente se formalizó la presentación ante el Coordinador General del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Por Resolución 705/00 del MSN, el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, es incorporado al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad describe las características y alcances de las prestaciones de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales para personas con discapacidad y se definen los fundamentos básicos de calidad que han de reunir los servicios que se incorporen al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, desde la perspectiva de la organización y el funcionamiento de los servicios, los recursos humanos afectados, la planta física requerida y el equipamiento necesario.

- APE:

-La Administración de Programas Especiales (APE) es un organismo autárquico de la administración pública nacional bajo la jurisdicción del ministerio de salud que debe distribuir de manera justa y equitativa los fondos de redistribución solidaria (aporte solidario de las obras sociales) para la atención de pacientes con patología de alto impacto económico y baja incidencia o de patología de largo tratamiento (incluida la discapacidad). Por otro lado también le corresponde controlar que los fondos sean utilizados para cumplir con los objetivos que tenían fijados.

-Ley de Salud Mental N° 448, de la Ciudad de Autónoma Buenos Aires

Según lo establecido por esta norma se realizarán cambios en los Hospitales Monovalentes, en los Centros de Salud Mental, y en los Servicios de Salud Mental de los diversos efectores. En aquellos hospitales que dispongan de salas de internación se tenderá a reducir al máximo el tiempo de permanencia en los mismos y se instrumentarán programas tendientes a la externación y autonomía de las personas considerando la importancia de la preservación de los vínculos familiares y sociales. Se habilitarán Casas de Medio Camino, se aumentarán los Hospitales de Día, se promoverán programas de Emprendimientos Sociales, se fortalecerán los dispositivos asistenciales existentes, entre ellos los Talleres Protegidos. En los Hospitales Polivalentes se incorporarán las guardias interdisciplinarias de Salud Mental y se habilitarán sectores de internación.

## Guías

### a) Antecedentes:

#### a.1) **Garantía de Calidad**

Antes de introducirnos en el desarrollo de este tema es importante consignar como antecedente los planteos de Donabedian quien calificó los elementos de la calidad de la asistencia definiendo:

La **estructura**: el modo en que se organiza la institución y los recursos utilizados para proporcionar la asistencia (es decir, personal, equipamiento y financiamiento)

El **proceso**: la interacción entre el consumidor y el proveedor de la asistencia, incluyendo lo que se hace y lo que no se hace.

El **resultado**: los resultados de la intervención y la interacción con el sistema, es decir, el estado del paciente después de proporcionar la asistencia.

La propuesta de Donabedian apuntaba a mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad y la calidad de las prestaciones médicas.

La garantía de calidad implica definir la misma por la medición continua de resultados en relación a los estándares y luego desarrollar acciones correctivas cuando los problemas son identificados. Un programa de garantía de calidad engloba los siguientes componentes:

La **garantía de calidad**, que identifica los problemas de prestación de servicios de atención sanitaria y los remedia. Aquellos beneficios que se consideran logrables son el centro de la garantía de calidad.

La **revisión de la utilización**, que controla la utilización de las instituciones y servicios. Esto asegura que los pacientes reciben ni más ni menos que la asistencia

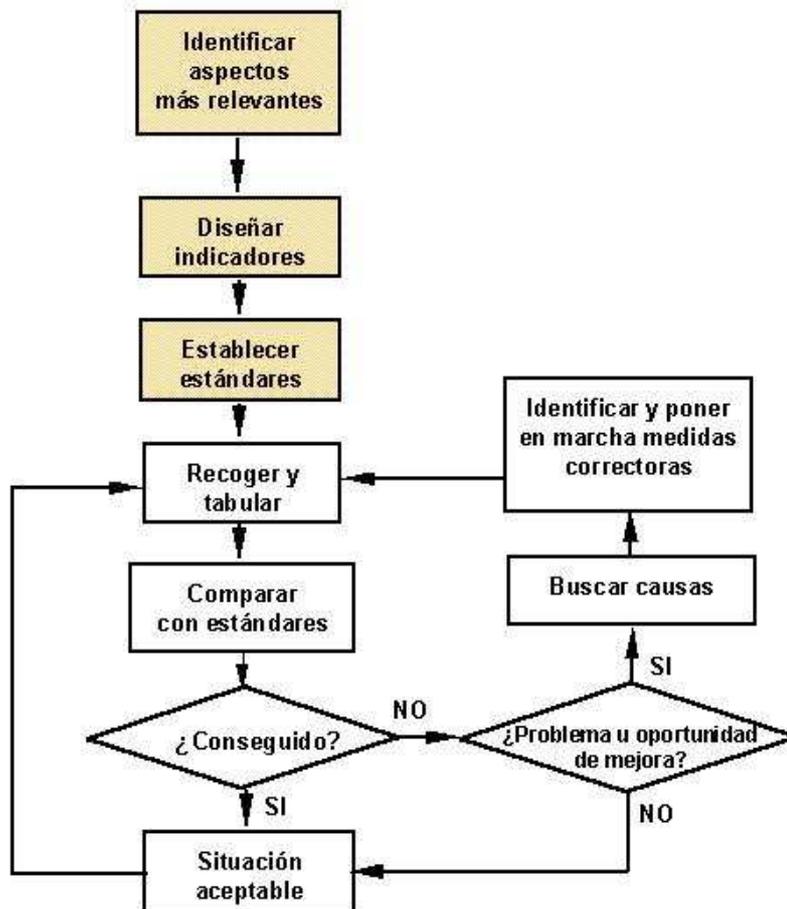
necesaria. Es decir la asistencia médicamente necesaria y prestada de la manera más económica.

La **evaluación del programa**, que define y revisa los resultados logrados tras la prestación del servicio. Esto asegura que se está llevando a cabo el control de los resultados de la intervención y que pueden evaluarse eventuales cambios si se considera necesario.

La garantía de calidad puede ser medida de dos maneras: cuando se presta la asistencia y después de que ha sido prestada.

En este sentido las guías pueden ser utilizadas a priori: al contratar un servicio o a posteriori: evaluando la calidad de la prestación.

### Diseño de Indicadores de Calidad (c) 2002 Fundación Avedis Donabedian



#### a.2) Control de la garantía de calidad

La garantía de calidad comienza por formular y responder preguntas en relación a las prácticas y midiendo los resultados de acuerdo a las normas que se han establecido dentro de un departamento, la institución o una profesión. Cuando se identifica un problema, se emprende una acción correctiva cambiando un procedimiento, reentrenando a la persona que desempeña el procedimiento o cambiando el programa al mismo tiempo.

En Estados Unidos, por ejemplo, el JCAHO (Comisión Unida para la Certificación de los Hospitales) sugiere cinco estadios en el control de la calidad:

- 1) Identificar indicadores de calidad en la asistencia.

2) Recolección de datos medibles, es decir, escalas funcionales y mediciones del trabajo estandarizadas que reflejan los indicadores.

3) Determinación de la causa y, de encontrar un problema, indicar una acción tendiente a remediarlo.

4) Desarrollo de la solución o remedio para el problema.

5) El proceso de medición se desempeña de nuevo para determinar si el problema ha sido solucionado.

A través de este razonamiento es posible el desarrollo de indicadores.

¿Qué es un indicador? Es un instrumento de medida que se usa para medir aspectos concretos de la calidad asistencial.

La construcción de indicadores se realiza a partir de la identificación de áreas clave de la atención (dimensiones), estableciendo los criterios de buena práctica deseables y las formas concretas de evaluarlos.

Beneficios:

- Miden aspectos específicos de la atención.
- Resultados cuantitativos.
- Información válida, fiable y objetiva.
- “Señal de alarma” precoz.
- Identifica áreas de mejora y excelencia.
- Disponibilidad de estándares.
- Comparación y benchmarking.

#### **b) Contenido de las guías**

Las guías constituyen un instrumento para la evaluación de las condiciones de eficiencia de los efectores de la atención médica. El abordaje de la evaluación de la atención profesional deberá contemplar aspectos que hacen a la estructura, al contenido, al proceso, los resultados y por último al impacto.

Evaluación de estructura:

Comprende el estudio de la planta física, equipamiento, personal de salud, técnicas y procedimientos, normas de interrelación entre niveles y servicios y las actividades programadas.

Evaluación de contenido:

Es el procedimiento que coteja las normas de atención médica y las reales actividades desarrolladas en el cuidado de los pacientes. Por otro lado hay que asegurarse de que las normas seguidas por la institución se ajuste a la evidencia científica del momento.

Evaluación de proceso:

Es el análisis de la atención propiamente dicha del paciente desde que ingresa hasta que egresa.

Evaluación de resultados:

Mide la efectividad de la aplicación de las normas de diagnóstico y tratamiento, durante la relación del paciente con el establecimiento. Se expresa con indicadores de mortalidad, morbilidad residual, rehabilitación de discapacitados, etc. Si bien la evaluación de resultados puede aparecer como el nivel último y más integrador de las evaluaciones precedentes, las relaciones causa-efecto y las apreciaciones sobre calidad de la atención deben someterse a juicio crítico, por la influencia de factores sociales, económicos y culturales provenientes del entorno.

Evaluación de impacto:

Pretende ir más allá de los aspectos ya señalados, computando factores que responden al sistema de salud, como la oferta, la accesibilidad, la integridad, la continuidad de la atención y muy especialmente, el grado de satisfacción del usuario.

Referencias:

Planta física:

En este ítem se analizan las dependencias destinadas a la atención, actividades y/o dormitorios (en caso de hogar) de los pacientes, como así también las que complementan dichas funciones condiciones de higiene, sanitarios y confort correspondientes.

Equipamiento:

Se refiere a los bienes muebles o recursos materiales con el que deben contar los servicios.

Personal:

Análisis de los diferentes núcleos humanos que integran el recurso personal. Nivel profesional, capacitación, horas reales cubiertas.

Procedimientos:

Se refiere a todas las pautas normativas a que debe ajustarse el quehacer del equipo sanitario. Para el análisis se verificará que realmente existen normas escritas y que son conocidas por el personal, se observará cómo son llenadas las planillas de enfermería, alimentación, etc. Y en caso de cumplir con actividades de guías para familiares se comprobará si se efectúan regularmente o en forma esporádica.

Interrelación entre niveles y servicios:

Se evalúan los procedimientos de coordinación, que buscan la optimización de los recursos existentes.

Actividades programadas:

El propósito es evaluar la organización de las actividades.

Como paso previo al desarrollo de una guía de evaluación, investigamos la definición de Centro de Día, y también los requerimientos del Servicio Nacional en el Marco Básico... De acuerdo al mismo definen al Centro de Día como:

*El servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.*

*La determinación de la discapacidad severa o profunda de los beneficiarios deberá tener en cuenta el diagnóstico funcional de los mismos, lo que implica la consideración de su desempeño en forma integral. Es decir, evaluando las aptitudes, intereses y posibilidades de la persona con discapacidad desde una perspectiva bio-psico-social.*

*El Centro de Día procurará, fundamentalmente, brindar contención a personas que por el nivel severo o profundo de su discapacidad no estén en condiciones de beneficiarse de programas de educación y/o rehabilitación, y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible.*

*El tipo de discapacidad de los beneficiarios puede ser mental, motriz, sensorial o visceral, pero en todos los casos el nivel de la misma será severo o profundo o puede tratarse también de personas multidiscapacitadas.*

## **Guía de Evaluación del Centro de Día:**

### **Planta física:**

#### A) Ambientes para la atención de los pacientes

- 1- El Centro de día está ubicado en una zona de fácil acceso
- 2- Se encuentra ubicada en planta baja
- 2ª-En caso de no estar en P.B. ¿hay rampas o ascensores que faciliten el acceso?
- 3- Los espacios de actividades están ubicados en lugares accesibles.
- 3ª-Idem 2ª.
- 4- Hay un consultorio disponible para la admisión del paciente y su familia
- 5- Hay un ambiente adecuado para las psicoterapias familiares
- 6- Existe un ambiente adecuado para las reuniones multifamiliares y/o grupales
- 7- Hay sala de espera
- 8- Existe un ambiente adecuado para las tareas de terapia ocupacional
- 9- Se cuenta con un lugar al aire libre para las actividades de esparcimiento
- 10- Hay un espacio destinado a las actividades corporales
- 11- Hay un ambiente destinado a comedor para pacientes
- 12- Hay un espacio para la contención de pacientes con crisis
- 13- Cada grupo cuenta con su sala propia dimensiones adecuadas para 10 pacientes

B) Ambientes para actividades específicas

- 13- Existe un espacio disponible para actividades profesionales
- 14- Hay una oficina administrativa y de recepción
- 15- Se cuenta con sala de estar para el personal profesional
- 16- Existe un espacio para la Dirección
- 17- Hay un espacio para actividades de la vida diaria

C) sanitarios, limpieza y confort

- 18- Los pisos y paredes de los ambientes son lavables hasta los 2mts de altura
- 19- Los pisos son antideslizantes
- 20- Hay un baño para los pacientes femeninos y masculinos cada 10 plazas
- 21- Hay un baño para los profesionales exclusivamente
- 22- Durante el día no es necesario el uso de iluminación
- 23- Los artefactos eléctricos están fuera del alcance de los pacientes y responden a las normas de seguridad
- 24- Existe ventilación natural
- 25- Sistema de calefacción no vicia el ambiente y responde a las normas de seguridad
- 26- Los elementos de construcción son ignífugos.
- 27- Elementos eléctricos responden a normas de seguridad

**Equipamiento:**

- 28- Consultorio para entrevistas cuenta con escritorio y 3 sillas
- 29- Espacios de cada grupo cuenta con 1 mesa, 11 sillas y armarios adecuados para guardar materiales.
  - Tienen llaves para proteger materiales.
  - Espacios para guardar proyectos.
  - Elementos para guardarropa y pertenencias:
    - De los pacientes
    - Del profesional
  - Timbre para llamar enfermería o asistencia.
- 30- Espacio para reuniones familiares o grupales cuenta con mesa y sillas de acuerdo al número
- 31- Enfermería dispone de:
  - Armarios para guardar medicación bajo llave
  - Pileta
  - Camilla
  - Cuenta con stock permanente de medicación específica
  - Cuenta con insumos adecuados de enfermería
- 32- El espacio de contención cuenta con paredes y pisos preparados a tal efecto
  - No hay elementos cortantes
  - Paredes y pisos de goma o acolchados
- 33- El espacio para psicoterapia cuenta con armario para guardar materiales.
- 34- El espacio de terapia ocupacional cuenta con:
  - Armario y cajoneras aptos para guardar insumos y proyectos
  - Cuenta con llaves para armario o para el ingreso
  - Pileta con mesada

- Equipos, herramientas, materiales para actividades productivas, no productivas y de la vida diaria
- Espacio para guardar ropa:
  - De los pacientes
  - Del personal
- Espacio para trabajo de integración sensorial
- Equipamiento de música para actividades sensoriales
- 35- Se cuenta con espacio para guardar material de trabajo físico
  - Pelotas
  - Colchonetas
  - Aros
- 36- Se cuenta con espacio para guardar materiales de musicoterapia
- 37- Se cuenta con espacio para guardar materiales de otras especialidades
  - Fonoaudiología
  - Psicomotricidad
  - Nutricionista
- 38- El comedor cuenta con mesas para 4 personas
  - 8 personas
- 39- La cocina cuenta con:
  - Heladeras diferenciadas
  - Alacenas
  - Microondas
  - Freezer
- 40- Se cuenta con espacio para guardar elementos de limpieza y mantenimiento fuera del espacio de tránsito
- 41- Hay guardarropas para el personal
- 42- Se cuenta con consultorio médico
  - Camilla
  - Estetoscopio
  - Tensiometro
  - Otoscopio
  - Oftalmoscopio
  - Elementos de bioseguridad

### **Recursos humanos:**

#### *A) Hay un director del Centro de Día*

- 43- Profesional idóneo en el tema
  - Especificar título
  - Realizó cursos de administración y organización
  - Tiene más de 10 años en la especialidad
- 44- Ha realizado cursos de Administración y Organización de Servicios
  - Más de 500hs.
  - Entre 500 y 200hs.
  - Menos de 200hs.
- 45- Dedicación diaria de 8hs. 6hs. Menos (especificar)

*B) Médicos*

46- Hay 8 hs. semanales cada 10 plazas

6 horas

4 horas

47- Tiene más de 5 años en la especialidad

Clínico

Psiquiatra

Neurólogo

Han realizado residencia

*C) Psicólogo*

48- Hay 8 hs. semanales cada 10 plazas

6 horas

4 horas

49- Tiene más de 5 años en la especialidad

*D) Terapia Ocupacional*

50- Hay 8 hs. semanales cada 10 plazas

51- Tiene más de 5 años en la especialidad

52- Ha realizado residencia

*E) Servicio Social*

53- Hay 8 hs. semanales cada 10 plazas

6 horas

4 horas

*F) Enfermeras*

54- Cuenta con una enfermera (cada 30 plazas)

Una por turno

No hay

Hay más (especificar)

55- Capacitada en Salud Mental

No capacitada

56- Título habilitante

Universitaria

Terciaria

Otro

57- Tiene más de 5 años de recibido / experiencia

*G) Musicoterapia*

58- Hay 8 hs. de musicoterapia cada 10 plazas

6 horas

4 horas

*H) Otros profesionales (psicomotricista, educación física, especificar)*

59- Cubre 8hs semanales cada 10 plazas

6 horas

4 horas

Menos (especificar)

60- Posee título habilitante otorgado por (especificar)

*I) Personal auxiliar*

61- Existe una mucama por cada turno

Cada 10 plazas

20 plazas

30 plazas

Si es más especificar

62- Existe personal calificado para la cocina

*J) Orientadores*

63- Existe un orientador por turno cada 10 plazas

64- Posee título habilitante (especificar)

Tiene más de 5 años de recibido

*k) Nutricionista*

65- Cubre 8 hs. semanales

6 horas

4 horas

66- Tiene más de 5 años en la especialidad

**Procedimientos:**

*A) Terapéuticos*

67- Existen normas escritas y actualizadas para la admisión

68- Existen normas escritas y actualizadas para el diagnóstico y tratamiento

69- En la primera entrevista el paciente y la familia son atendidos por un equipo interdisciplinario de más de 5 años en la especialidad

70- Se realizan en todos los casos los diagnósticos

Psiquiátrico

Psicológico

Familiar

Social

Otro (especificar)

71- El programa terapéutico incluye las siguientes actividades

Psicoterapia individual

Psicoterapia grupal

Psicoterapia y orientación grupo familiar

Terapia Ocupacional

Musicoterapia

Interacción con la comunidad

Trabajo corporal

Otros (especificar)

72- Existen normas escritas para la confección y registro en la H.C. y se realiza evaluación periódica de las mismas

73- Todas las prestaciones realizadas constan en la H.C

74- En la H.C se consigna una epicrisis al finalizar el año

75- Los grupos funcionan con un máximo de 10 pacientes

76- Cada grupo posee un orientador

77- Existe al menos un auxiliar cada 10 pacientes por turno

Cada 15 pacientes

Cada 20 pacientes

Cada 30 pacientes

78- Hay supervisiones sistemáticas de los casos clínicos y grupales

79- Existen ateneos clínicos

80- Hay reuniones semanales de los integrantes por sector, para organización y evaluación de las tareas

**B) Administrativos**

78- Hay un fichero actualizado de recursos disponibles para derivación de pacientes

79- Las H.C se actualizan

Diariamente

Mensualmente

Bimestralmente

Otros (especificar)

80- Hay un cronograma de actividades de cada sector

Semanales

Mensuales

**Actividades Programadas:**

81- Hay actividades sistemáticas de investigación

82- Se realizan actividades de capacitación continua para el personal de planta

Profesionales

Auxiliares

Administrativos

Dada la dificultad para auditar resultados en este área en particular, creemos que debe constar en la historia clínica los objetivos terapéuticos que se lograron cumplir y los que no, justificando esto último.

**Conclusión**

La auditoría médica es un instrumento fundamental para mejorar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes, y que responde a las siguientes preguntas:

¿Qué atención brindamos?

¿Hicimos lo que proyectamos hacer?

¿Qué deberíamos haber hecho?

¿Hacemos lo que debemos hacer?

¿Podemos mejorar lo que hacemos?

La misión de la auditoría médica es garantizar las habilidades técnicas de los profesionales, permitir el uso eficiente de los recursos disponibles, y lograr la satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas.

En relación a lo mencionado las enfermedades mentales y la discapacidad que producen se presentan como un desafío para el equipo de salud y para la administración de

recursos, de como conjugar de un modo ecuánime y equitativo los limitados recursos, frente a las necesidades (siempre ilimitadas) de las personas con discapacidad.

Creemos que pese a estar reglamentado los requerimientos edilicios y de recursos humanos, hay un gran déficit en las normas y guías de tratamiento para este tipo de patología que abarquen todas sus múltiples y variadas necesidades. Sabemos que no es posible que estas normas se adapten a todos los casos, pero serían muy útiles, para evitar otorgar tratamientos muy disímiles entre un paciente y otro con patologías similares. Por otro lado, si las guías fuesen elaboradas correctamente, darían un soporte científico y basado en la evidencia para el correcto manejo de estos pacientes.

Otro gran desafío y déficit en nuestro país es el control de los prestadores de servicios para enfermos como los de nuestra monografía. Ni las entidades financiadoras ni los entes estatales encargados de dicho control dan abasto o peor aún no desean, por diversos motivos, realizarlo.

Como sabemos, la calidad se logra al participar de la mejora a todos los profesionales y no profesionales que intervienen en la atención de los pacientes. Por lo tanto reconocemos que la guía para la auditoría sería un muy pequeño aporte, pero, por otro lado, estamos convencidos que es un comienzo para ir interesando al resto de los actores en lograr la mejora en la calidad de atención de personas con discapacidad mental, tan relegada hasta el momento.

Proponemos:

- Que los organismos prestadores ofrezcan un médico auditor con conocimientos suficientes para actuar como orientador en el camino a seguir.
- Desarrollar una estrategia de gerenciamiento tendiente a:
  - a. Lograr el tratamiento de los pacientes con medidas basadas en la evidencia.
  - b. Desarrollar programas de prevención para el mantenimiento de la salud de estos pacientes.
  - c. Estimular el tratamiento ambulatorio y longitudinal de los pacientes siempre que sea posible.
  - d. Evitar la predisposición que esta estrategia conlleva, a subprestar y deteriorar la atención de pacientes más complejos de lo habitual.
- Desarrollar también la estrategia de disease management, teniendo en cuenta, las patologías o descompensaciones más frecuentes. Si bien no fue planteado para este tipo de patología, dado que la discapacidad requiere un seguimiento permanente y estrecho de los pacientes, un equipo multidisciplinario y la reducción de prácticas costosas e innecesarias, creemos que sería interesante la aplicación de esta estrategia para lograr estos objetivos.

**Apéndice:**

Si una persona desea tramitar el certificado de discapacidad debe seguir los siguientes pasos:

Si el interesado tiene domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deberá comunicarse a la siguiente línea de atención gratuita: 0800-999-2727.

Si el interesado reside en el interior del país, por favor visite nuestra Sección información para el interior del país donde constan las direcciones de todos los organismos nacionales y provinciales donde se puede tramitar el certificado de discapacidad.

Si por el contrario el interesado tiene domicilio en la Provincia de Buenos Aires, deberá concurrir (puede venir otra persona en su lugar) al Servicio Nacional de Rehabilitación (Ramsay 2250) de 8.30 a 14 hs al Área de Turnos con su DNI original (excluyente) donde conste el domicilio actual; además, deberá presentarse con un certificado médico en donde conste el diagnóstico del paciente (no excluyente), con el objeto de ser asignado con el médico especialista, o bien conocer con precisión cuál es el diagnóstico a evaluar.

Es obligatorio para retirar el turno presentar DNI original, del solicitante sin excepción: NO se entregan turnos sin cumplir con este requisito. Además, es necesario conocer el diagnóstico específico del interesado.

Solo se extiende un (1) turno por persona, excepto Padres, Madres o familiares directos que puedan comprobar vínculo, y que necesiten más de un turno.

Si Ud. pertenece a un organismo oficial o no oficial, ONG, agrupación o asociación, y necesita retirar más de un turno, deberá solicitar atención a través del personal destinado para tal fin.

## **Bibliografía**

- 1-American Psychiatric Association; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. 4° edición. [en línea]. [http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv\\_int.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int.html) [Consulta: junio 2009].
- 2-Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento, 10ª edición [en línea]. [http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_pro.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_pro.html). [Consulta: junio 2009].
- 3-Baranchuk, Norberto.; Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil. Dos Santos. Buenos Aires, (1987)
- 4-Baranchuk, Norberto; Nacer, crecer y morir en la crisis. Almagesto. Buenos Aires, (1997)
- 5- Baranchuk, Norberto, La pediatría social en el próximo milenio. Medicina y Sociedad. 3(19):13-22
- 6-Breitman, F.; Fano, V.; Escobal, N.; Programa de atención interdisciplinaria de lactantes con retardo de crecimiento no orgánico. Arch. Arg. (1999) *Pediatr.* 97,6:365/377,99.
- 7- Cappuccio, M.S, Hospital de día. En: Administración de Servicios de Salud. II Calidad médica y gerencia de servicios asistenciales de apoyo. Juan C. O'donnell, Editor. Fundación Universitaria Hernandarias (1997)
- 8-Donabedian, A.; Exploration of quality assesment and monitoring.Vol.2: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI:Health Administration Press. (1982)
- 9- Donabedian, A.; (1973) Patient care evaluation. Hospital's J.A.H.A. Vol 44, N°1, pp.131-136 Donabedian, A.;Aspects of medical care administration. Harvard University Press. Cambridge. (1970);
- 10-Fejerman, N.; Arroyo, H.; Massaro, M.; Ruggieri, V.; Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Paidós. Buenos Aires , (1996)
- 11-Fejerman, N; Disfunción cerebral mínima, en Fejerman ,N. y Fernández Alvarez, E. (comps.): Fronteras entre neuropsiquiatría y psicología. Buenos Aires, Nueva Visión. (1987)
- 12-Frodden, E; Auditoría Médica. Semanario de Auditoría Médica, Escuela de Salud Pública. Buenos Aires.; (1982)
- 13-Gikeson, G.; Occupational therapy leadership potencial can be developed through marketing techniques. In F. Cromwell (Ed); Work-related programs in occupational therapy. New York: Haworth Press. (1985)
- 14- Hopkins, H.; Smith, H.D; Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana (8° ed.) Madrid. . (2001)
- 15-Mazzáfero, V; Análisis de Indicadores. Sistema de evaluación y monitoreo en el marco de la atención primaria de la salud. OPS/OMS, Washington, Mimeo. . (1984)
- 16- Shaywitz, S.E; Shaywitz, B.A; Comorbidity in ADD. *J.child Neurol* 6 (supl.)13,21. .; (1991)
- 17-Tallis, J.; Soprano, A.M; (Neuropsiquiatría, neuropsicología, y aprendizaje. Nueva Visión. Buenos Aires. (1991)
- 18- Torralva, T.; Cugnasco, I.; Manso, M.; Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida:surelación con la estimulación ambiental y el nivel socioeconómico. *Arch.Arg: Pediatr.* 97(5):306-316. (1999);
- 19-White, K.; Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. OPS. Washington DC. Publicación científica N°534. (1992);
- 20-Servicio nacional de Salud, Legislación, leyes relacionadas [en línea]. <http://www.snr.gov.ar/100-007-Total.htm> [Consulta: Agosto 2009].

- 21-Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Resolución 1328/2006, [en línea]. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119601/norma.htm>. [Consulta: Agosto 2009]
- 22-Servicio nacional de rehabilitación - Normativa para la Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las funciones mentales superiores. [En línea]. <http://www.snr.gov.ar/leyes/DispoSNR2738-2008.pdf>. [Consulta: Agosto 2009].
- 23-Administración de Programas Especiales. APE. Discapacidad. [En línea]. <http://www.ape.gov.ar/Prestaciones/discapacidad.aspx>. [Consulta: Agosto 2009].
- 24- Servicio nacional de rehabilitación, Certificado de discapacidad. [En línea]. <http://www.snr.gov.ar/001-001.htm>. [Consulta: Agosto 2009].
- 25- Marchant N.; *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Anaské 2da edición. (2005);
- 26-[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s\\_mental/saludmental\\_ley448.php](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/saludmental_ley448.php)[En línea]. Consulta: noviembre 2009].