

# SERIE DE ESTUDIOS ISALUD

Serie de Estudios N° 6 - 2008

Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental.  
Pautas para su implementación en Argentina.

Dr. Hugo Barrionuevo, Dr. Dante Graña, Dr. Carlos David Silva

ISBN: 978-987-9413-45-6



ADMINISTRACIÓN  
Y ECONOMÍA



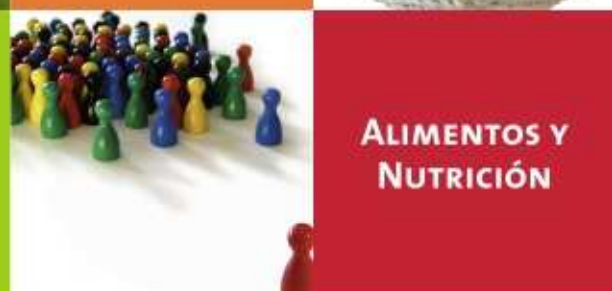
POLÍTICAS  
SOCIALES



SALUD



AMBIENTE Y  
DESARROLLO



ALIMENTOS Y  
NUTRICIÓN

Barrionuevo, Hugo

Vigilancia epidemiológica en salud mental: pautas para su implementación en la Argentina

Hugo Barrionuevo; Dante Graña; Carlos David Silva.

1a ed. - Buenos Aires: ISALUD, 2008.

Internet. - (Serie de Estudios ISALUD; 6)

ISBN 978-987-9413-45-6

1. Salud Mental. I. Graña, Dante II. Silva, Carlos David III. Título  
CDD 362.2

---

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El contenido de este documento se publica bajo la exclusiva responsabilidad de sus autores y no compromete la opinión de la Universidad ISALUD.

# **Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina.\***

## **Equipo de trabajo**

Dr. Hugo Barrionuevo (Investigador Principal)

Dr. Dante Graña (Investigador Principal)

Dr. Carlos David Silva (Investigador Adjunto)

\* La presente investigación se financió a través de fondos del Programa Vigía, y se realizó bajo la supervisión técnica y económica de la Fundación Avedis Donabedian para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Médica. Asimismo recibió el apoyo técnico de la Universidad ISALUD a través de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental de dicha casa de estudios

# Índice

<b>Presentación .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>6</b>
Objetivo .....	6
Metodología .....	6
Desarrollo .....	7
<b>2. Búsqueda bibliográfica: criterios .....</b>	<b>8</b>
Búsqueda en publicaciones científicas .....	8
Búsqueda en sitios de Internet .....	10
Búsqueda en sitios de gobierno y ONGs .....	10
<b>3. Vigilancia epidemiológica .....</b>	<b>11</b>
Definición .....	11
Sistemas de vigilancia epidemiológica .....	12
Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica .....	14
Objetivos de un sistema de vigilancia epidemiológica .....	15
Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica .....	16
Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica .....	19
Métodos de investigación .....	23
<b>4. Vigilancia epidemiológica en salud mental .....</b>	<b>26</b>
Publicaciones en bases de datos de países centrales .....	27
Experiencias en Latinoamérica .....	29
Publicaciones de Argentina .....	30
<b>5. Eventos para la vigilancia en salud mental: Resultado de la búsqueda bibliográfica .....</b>	<b>34</b>
Trastornos mentales en general .....	34
Alcoholismo y drogadependencia .....	36
Violencia .....	36
Suicidio .....	39
Demencias .....	39
Psicosis .....	39
<b>6. Los "usuarios" de la información .....</b>	<b>40</b>
Listado de eventos ¿Qué es vigilancia epidemiológica? .....	43
La vigilancia en Salud Mental en Argentina .....	43
Sistemas que funcionan actualmente en Argentina .....	44
a. Observatorio de drogas de la Provincia de Buenos Aires .....	44
b. Observatorio de la SEDRONAR .....	45
c. Sistema de registro de epilepsias en la provincia de Bs. As. ....	47
e. Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SINAVE) .....	47
¿Qué información reclaman los usuarios? .....	48

<b>7. Los "productores" de información .....</b>	<b>52</b>
¿Qué información producen los productores? .....	52
<b>8. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>54</b>
Localidad / Centralidad: .....	54
Intradisciplina / Interdisciplina: .....	55
Estabilidad / Variabilidad: .....	55
Eventos o Unidades de un Sistema de Vigilancia en Salud Mental.....	56
Alcoholismo y drogadependencia .....	57
Violencia doméstica.....	60
Violencia escolar.....	61
Suicidio / Intento de suicidio.....	61
Vigilancia de morbilidad manifiesta .....	61
Vigilancia de "necesidades no atendidas" .....	63
Nuestra propuesta: "Sala de Vigilancia de Salud Mental".....	64
<b>9. Bibliografía .....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo I: Cuadro resumen .....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo II: Cuadro con listado de eventos: búsqueda bibliográfica.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo III: Listado de informantes clave "usuarios" de información .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo IV: Listado de informantes claves "productores" de información.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo V: Formulario guía para la entrevista a "usuarios" .....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo VI: Formulario guía para la entrevista a "productores" .....</b>	<b>94</b>
<b>Anexo VII: Archivo de resultado de entrevistas a "usuarios" .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo VIII: Archivo de resultado de entrevistas a "productores" .....</b>	<b>120</b>

## Presentación

Los trastornos mentales constituyen una porción importante de la carga de enfermedad de las sociedades modernas. Para el 2000 fue estimada en el 12,3% del total de AVAD perdidos y se estima que en el 2020 esta proporción llegará al 15% del total de la carga, con un incremento de la porción correspondiente a demencias y depresiones. Los suicidios juveniles muestran una tendencia al crecimiento y han aparecido además los problemas vinculados con las adicciones y la violencia en sus distintas formas. Estas últimas se han constituido como entidades fronterizas que cabalgan sobre las categorías de salud mental y el campo de lo social.

De esta manera se hace evidente la necesidad de constituir sistemas de información que provean de insumos a los tomadores de decisiones respecto de la incidencia y prevalencia de patologías y/o eventos relevantes y que adviertan sobre la aparición de cambios significativos en la magnitud o las características de los mismos. Los sistemas de vigilancia epidemiológica son los que en la actualidad están metodológicamente más desarrollados y con aptitud de proveer información pertinente, relevante y oportuna a los tomadores de decisiones.

No existe en la Argentina ningún sistema de estas características en el campo de la salud mental. Sí hay bloques de información dispersa y carente de homogeneidad.

Sin embargo ya desde el año '98 el Plan Nacional de Salud Mental incluye entre sus objetivos: *"Constituir, mantener y optimizar permanentemente un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud mental -integrado al SINAVE-, que permita un adecuado y permanente diagnóstico situacional, modelos y niveles de daño y perfil de los recursos existentes, con la consiguiente optimización de la formulación de prioridades y la mayor certeza en la toma de decisiones"*.

La presente investigación se propuso evaluar la factibilidad y la conveniencia de implementar un sistema de información que permita cumplir con los objetivos de proveer datos sobre el estado del problema y sus cambios. Para ello fueron evaluados la disponibilidad de información, su calidad, y los mecanismos necesarios para convertirla en útil a los efectos antedichos. Además se definió para qué tipo/s de evento/s sería conveniente la instalación del sistema.

Este informe está organizado de la siguiente manera:

En la Introducción se identifican en primer lugar los objetivos de la investigación y se describe su metodología.

A continuación, en el capítulo 2, se explicitan los criterios de la búsqueda bibliográfica realizada, con algunas observaciones acerca de la misma.

En el capítulo 3 se aborda el problema de la vigilancia epidemiológica como sistema, se define la terminología, sus objetivos, los atributos, el diseño y finalmente los principales aspectos para su evaluación.

En el capítulo 4 se describen y analizan los resultados de la investigación bibliográfica en materia de vigilancia epidemiológica en salud mental propiamente dicha, partiendo de los sistemas vigentes en los países centrales y completando con las experiencias regionales en Latinoamérica y finalmente en Argentina.

En el capítulo 5 se sintetiza un listado de eventos para vigilancia de acuerdo a lo expuesto en el capítulo anterior.

El capítulo 6 resume los resultados de las entrevistas efectuadas a los naturales "usuarios" de este tipo de sistema (aquellos que toman decisiones) y continuando con la metodología del estudio, en el capítulo 7 se sintetizan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los "productores" de información (profesionales con responsabilidad directa en los servicios asistenciales).

Finalmente se exponen las conclusiones de la investigación y se incorporan en cada caso analizado las recomendaciones que a nuestro juicio pueden contribuir a la mejora y consolidación de los sistemas existentes, a un mejor aprovechamiento de la información que suministran y eventualmente al diseño e implementación de nuevos sistemas.

Para facilitar una rápida lectura y comprensión de las principales características descritas en este capítulo, se incorpora al final un resumen que consideramos incompleto, pero que nos resultó y seguramente le resultará útil al lector, para el análisis y comprensión de las cualidades y los productos de las distintas fuentes y/o sistemas de información. La articulación inteligente de estos sistemas es lo que concebimos debiera constituirse como "sala de situación" para la vigilancia en salud mental.

Se incluyen como anexos el cuadro resumen con listado de eventos encontrados en la bibliografía, el listado de los informantes clave entrevistados y las guías utilizadas para dichas entrevistas.

## 1. Introducción

Las investigaciones sobre presencia de trastornos mentales en el mundo dicen que la prevalencia de punto en la población general oscila entre el 10 y el 30%, en distintos países y momentos. En nuestro medio se han realizado estudios de prevalencia de trastornos mentales que arrojan cifras parecidas pero que no son pasibles de generalización por haber utilizado instrumentos distintos, haber sido realizados en poblaciones y momentos distintos; por lo que no son comparables y están desactualizados.

Existe muy poca información sistematizada en el país sobre condiciones asociadas a este tipo de patologías, ni sobre aspectos sociales o demográficos de las mismas, así como cambios en la demanda de servicios.

Sin embargo, tanto los responsables en planificación e implementación de políticas públicas y organización de servicios, como los financiadores de la seguridad social y los seguros privados, reconocen la necesidad de contar con un sistema que contemple la información referida.

La vigilancia en salud mental es la metodología adecuada para dar respuesta a muchos de estos interrogantes dado que proporciona información relevante y oportuna para los objetivos apuntados.

Existen buenos sistemas de información en algunos financiadores con capacidad para constituir la base de una estructura de vigilancia. Sin embargo, no existen estudios que hayan abordado la factibilidad de la implementación de dichos sistemas en este campo específico.

Cabe destacar que entre las metas del Ministerio de Salud está la constitución de un sistema de vigilancia de este tipo.

## Objetivo

La presente investigación se propuso determinar la factibilidad para la implementación de un sistema de vigilancia en salud mental en la Argentina, identificando las patologías, eventos o situaciones a vigilar, describiendo los aspectos relevantes para su implementación, las potenciales fuentes de información y las salidas útiles del sistema.

## Metodología

Se trata de una investigación operativa destinada a evaluar las posibilidades de implementar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental en nuestro país, partiendo de los antecedentes internacionales en la materia, e identificando luego las prioridades para nuestro medio a partir de la consulta a sus actuales y potenciales "usuarios" y la factibilidad de producir la información consultando entonces a los que generan el dato, los "productores".



## Desarrollo

Se comenzó con la búsqueda y análisis bibliográfico sobre vigilancia epidemiológica y vigilancia epidemiológica en salud mental, los antecedentes nacionales e internacionales en la implementación de este tipo de sistema, sus modalidades y el tipo de patologías y/o eventos relevan.

El objetivo de esta búsqueda fue identificar y analizar estos antecedentes, las experiencias en otros sistemas de salud, la información utilizada, las dificultades en la implementación y los beneficios que producen.

A partir de este análisis de la literatura se diseñó un formulario con preguntas guía destinado a consultar a los "usuarios" clave: decisores, planificadores, investigadores.

La intención en este paso consistió en obtener de los usuarios finales un listado conciso y a la vez extenso de sus necesidades en materia de información sobre las patologías y/o eventos a vigilar en el campo de la salud mental.

Así mismo se los consultó sobre el estado actual de la información que reciben evaluando su adecuación y oportunidad.

Del análisis de las respuestas de las entrevistas surgió el listado de eventos y condiciones a relevar según las necesidades de estos usuarios.

En función de estos resultados se elaboró una segunda guía de preguntas para las entrevistas esta vez destinadas a los "productores" de información. El objetivo de la misma fue evaluar el estado actual de los reportes que producen, analizar en qué medida se adecuan a las necesidades informadas por los usuarios y eventualmente, la factibilidad de incorporar los cambios previsibles en su rutina de reportes.

Sobre la base del análisis de las respuestas obtenidas se estableció un listado de recomendaciones para la adecuación de los actuales modelos de reporte a las necesidades del sistema de vigilancia.

En este punto se incorporó al análisis la descripción de algunas cualidades que surgen de los modelos observados de sistemas de vigilancia y que no hemos encontrado descriptas en nuestras fuentes de consulta.

Si bien la investigación se propuso elaborar un formulario para el registro del/los evento/s a vigilar, a la luz de los resultados obtenidos se advirtió que no era posible debido al hecho de que tanto los eventos o situaciones a vigilar como las fuentes y formas de recolección de información son de muy distinta naturaleza.

Se identificaron en cambio las principales pautas para la implementación una "sala de situación" con capacidad de nutrirse de estas distintas fuentes de información y se describió y analizó cada una de estas fuentes de abastecimiento.

## 2. Búsqueda bibliográfica: criterios

De la documentación y bibliografía relevada surge una gran cantidad de trabajos sobre Vigilancia Epidemiológica y por otro lado sobre Epidemiología en Salud Mental, siendo proporcionalmente muy escasos los hallazgos sobre Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental.

La búsqueda bibliográfica, se realizó en tres ejes principales:

- El primero fue la búsqueda en bases de publicaciones científicas (Medline, LILACS, Scielo, etc.). En ella se localizaron fundamentalmente artículos en publicaciones especializadas y libros.
- El segundo fue por medio de motores de búsqueda, como Yahoo, Google y en especial *Scholar Google* debido a su alta especificidad.
- El tercero fue con búsqueda dirigida a los organismos gubernamentales y no gubernamentales de países de Latinoamérica y otros países seleccionados de acuerdo a antecedentes.

La búsqueda fue definiendo coincidencias en las referencias halladas con respecto a las patologías o eventos frecuentemente seleccionados para ser objeto de vigilancia.

Facilitó asimismo ir construyendo la lista de referentes y posibles usuarios del sistema de vigilancia epidemiológica.

Los contactos realizados, nos permitieron acceder a información "gris", es decir aquella que no está publicada o cuya publicación es restringida (planes y programas de salud mental, de vigilancia epidemiológica, etc.).

### Búsqueda en publicaciones científicas

Se realizó un relevamiento inicial a fin de evaluar la cantidad de información disponible en las principales bases de datos.

En Medline, la búsqueda con "epidemiology"[Subheading] AND "surveillance"[All Fields] AND "Mental Health"[MeSH]" encontró 51 trabajos, la mayoría de los cuales eran irrelevantes.

Uno de los inconvenientes encontrados en la búsqueda, fue que si bien "vigilancia epidemiológica" es un término frecuentemente utilizado y claramente definido en el idioma español, no sucede igual en inglés.

La base de descriptores de ciencias de la salud de LILACS (disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), sugiere "Epidemiologic surveillance" como el término adecuado para traducir "vigilancia epidemiológica".

Sin embargo "Epidemiologic Surveillance" AND "mental health" en Medline solo refiere a dos citas (ambas en español). Evidentemente no es el término utilizado por los investigadores de habla inglesa.

En este caso, se optó por "epidemiology" ya que "surveillance" (vigilancia) es uno de sus subtítulos.

Sin embargo, Teutsch<sup>1</sup> señala la necesidad de diferenciar investigación de vigilancia y recomienda no utilizar la palabra "epidemiologic" modificando a vigilancia. Recomienda en cambio el uso de "public health surveillance" (vigilancia en salud pública).

Al buscar esta opción en MeSH database nos refiere a "Population Surveillance", uno de cuyos subtítulos es "public health surveillance".

Introduciendo "Population Surveillance"[MeSH] AND "Mental Health"[MeSH] como criterio de búsqueda trae nuevamente solo 50 citas poco relevantes.

Como dificultad agregada, Surveillance es utilizada con mucha frecuencia en contextos muy diferentes al de "vigilancia epidemiológica" utilizado en español.

La búsqueda en LILACS de "vigilancia epidemiológica salud mental" nos lista 49 referencias, que nos permitieron detectar artículos relacionados al tema de investigación.

La búsqueda en Scielo y Colaboración Cochrane no aportó nuevas referencias.

Finalmente, se realizaron búsquedas de artículos y revisiones relevantes en las siguientes bases de datos electrónicas:

En MEDLINE hasta diciembre del 2004, y se utilizaron las siguientes palabras claves de búsqueda:

- ("disease surveillance" OR "epidemiologic surveillance" OR "public health surveillance") AND ("psychiatry" [MeSH] OR "mental health"[MeSH]) (28 referencias).
- "mental health" [MeSH] AND "surveillance" AND "public health" (16 referencias).
- "epidemiologic surveillance" AND ("mental health" [MeSH] OR "depression" [MeSH] OR "violence" [MeSH] OR "mental disorders" [MeSH]) (4 referencias).
- "surveillance system" AND ("mental health" OR "psychiatric" OR "depression" OR "mental disease") (68 referencias).

En la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, la Cochrane Library Plus en español, se encontraron 2 registros para vigilancia epidemiológica

También se revisaron los resúmenes de congresos relevantes: los últimos congresos de la APAL, WPA, APA, APSA, AAP y ANA. Se consultó asimismo los congresos virtuales de Interpsiquis y CANP.

Se realizaron búsquedas en todas las listas de referencia de todos los artículos de revisión y primarios identificados.

---

<sup>1</sup> Teutsch, Steven M , Thacker, Stephen B: Planning a Public Health Surveillance System . Epidemiological Bulletin. Pan American Health Organization, March 1995 Vol 16 Nº 1

Se desarrolló una base de datos propia con los artículos encontrados y los aportes de los mismos, cuyos datos principales se encuentran a disposición en los archivos de la investigación.

Si bien es abundante el material sobre "vigilancia epidemiológica" y sobre "epidemiología en salud mental", el material disponible es muy escaso en "vigilancia epidemiológica en salud mental".

El material disponible está compuesto en su mayoría de pequeñas experiencias o de desarrollo teórico, pero no de sistemas a nivel nacional sostenidas en el tiempo salvo algunas pocas excepciones y sobre eventos puntuales.

## **Búsqueda en sitios de Internet**

En gran medida, las referencias orientaban hacia artículos ya encontrados en las bases de publicaciones científicas.

Sin embargo, luego de descartar un gran volumen de información sin ningún valor para la investigación (coincidencias azarosas de las palabras en páginas extensas, páginas de dudoso valor científico y referencias sin contenido) se logró identificar algunos grupos de trabajo, de organizaciones no gubernamentales (ONGs), etc. que fueron contactados a fin de incluirlos en etapas posteriores de la investigación.

Asimismo, se encontraron valiosos instrumentos para la puesta en marcha y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica que aunque no eran de la especialidad constituyen una importante herramienta para su adaptación posterior.

## **Búsqueda en sitios de gobierno y ONGs**

Se accedió a los Ministerios o Secretarías de Salud de Chile, Brasil, Uruguay, Colombia, México, Canadá, Italia, Gran Bretaña, Nueva Zelanda y España entre otros.

Se contactó con investigadores vinculados al tema tanto de Asociaciones como Organismos Internacionales, con buena respuesta.

### 3. Vigilancia epidemiológica

Para comprender el lugar que ocupa la vigilancia en el campo de la salud, Martínez Navarro destaca su evolución histórica.

El uso de la información estadística en el campo de la demografía y la salud "se completó a fines del siglo XIX con los sistemas de declaración de enfermedades infecciosas, fundamentados en la teoría del contagio"<sup>2</sup>. Inmediatamente señala que "Su formulación significó una nueva estrategia" "para el control de la enfermedad infecciosa en la población".

En el mismo texto el autor señala la importancia de ese avance como "un cambio en la forma de valorar la enfermedad infecciosa como fenómeno colectivo".

Hasta fines del siglo XIX la principal preocupación era "conocer la magnitud de las epidemias medida en términos de afectados". Agregamos que los conceptos de prevención o de acción sobre la población no habían aún eclosionado. La introducción de la notificación tiene hasta ese momento una razón estrictamente estadística; pero luego de la disposición de este instrumento y su generalización, regulación y desarrollo permitieron la construcción de los actuales sistemas de vigilancia que tienen un lugar prioritario en los sistemas de salud. Estos sistemas complementan los pasos de la notificación y el análisis de sus acumulados con la diseminación y la acción sobre los hechos que la vigilancia detecta.

Veamos ahora cuáles son las premisas que hemos tenido en cuenta en nuestra investigación, en la que resulta necesario primero definir el marco teórico desde el cual será abordado el estudio e interpretados sus hallazgos. Para ello hemos utilizado los términos Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Vigilancia Epidemiológica tal como los describe y delimita la Organización Mundial de la Salud.

Este organismo define el término Vigilancia Epidemiológica y describe los distintos tipos de sistema, la forma en que se recoge la información, los objetivos que distinguen a un sistema de vigilancia, y realiza propuestas para el diseño, la implementación y la evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

#### Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, un Sistema de Vigilancia Epidemiológica se distingue por realizar una "recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de

---

<sup>2</sup> Martínez Navarro, Ferran: *Vigilancia Epidemiológica*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2004.

los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión”<sup>3</sup>.

En esta breve descripción aparecen tres de los componentes esenciales de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

En primer lugar señala la forma en que se debe recolectar la información, apuntando que debe ser hecha en forma “sistemática” y “continua”, lo que introduce el problema de la sustentabilidad. Se verá luego la importancia de este punto, como recaudo para evitar la implementación de sistemas que ya desde su mismo diseño estén condenados a la extinción o que sean producto de “arrebatos”.

En segundo lugar hace referencia a la calidad de esa información y dice que la misma debe ser “oportuna” y “confiable”.

Por último advierte que no se trata de cualquier información sino de aquella “relevante y necesaria”. Es decir que del análisis de sus datos deben surgir elementos útiles a la toma de decisiones, desechando la tentación de la recolección “salvaje”.

También se señala que la VE “se enfoca principalmente en eventos o casos ya ocurridos, pero cobra fuerza la necesidad de hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan su ocurrencia”.

## Sistemas de vigilancia epidemiológica

Los distintos Sistemas de Vigilancia se clasifican en función del alcance geográfico que se defina, “de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestarias, humanas y de organización de quien organice y por último del interés de organismos gubernamentales o no gubernamentales”<sup>4</sup>.

Veamos a continuación los 3 momentos de un Sistema de Vigilancia: Información, Análisis y Acción.

### Fuentes de información para la Vigilancia Epidemiológica

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los datos provistos por las fuentes de información para los distintos tipos de sistemas de vigilancia pueden ser:

- Basados en la población
- Son de carácter universal y pretenden incluir la totalidad de los casos de la población que se haya bajo el sistema de vigilancia.
- Basados en muestras de casos

---

<sup>3</sup> OPS / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Trasmisibles. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.

<sup>4</sup> OPS / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Trasmisibles. *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.*

- A través del sistema de muestreo la información se obtiene de una parte del universo, relevando por tanto también una parte del total de casos o eventos. Como siempre, todo sistema de muestra es mucho más económico y por ende sustentable. Requiere garantizar la representatividad de la muestra de manera que permita hacer inferencias a toda la población.
- Basados en revisión de registros institucionales
- En este caso se revisan periódicamente los registros de las instituciones y se analizan e identifican las variables que son consideradas de interés.
- Por encuestas
- La información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un período de tiempo y a intervalos predefinidos.
- De carácter centinela
- Cuando se escogen una o más instituciones para determinar la tendencia, focalizar actividades de vigilancia epidemiológica y sugerir intervenciones preventivas, nos encontramos frente a los sistemas llamados centinela. Este tipo de sistema no suele tener representatividad poblacional pero su ventaja radica en que rápidamente nos llaman la atención en forma especial sobre situaciones de riesgo y de estas manera cumplen una función clave para la toma de decisiones.
- De laboratorios
- Para obtener información sobre la alcoholemia en víctimas de heridas u homicidios, o información toxicológica en el caso de suicidios o lesiones se utilizan este tipo de fuente de información. Se confirman algunos diagnósticos o se evidencian factores de riesgo adicionales.
- Por ausentismo o eventos repetidos
- Está considerado como un medio centinela que nos alerta sobre casos de ausentismo escolar o laboral, cuya frecuencia o justificación deja dudas sobre sus causas reales.

### **Recolección de la información**

La recolección de la información resulta un aspecto clave en la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica. La misma puede realizarse de dos maneras: *pasiva o activa*<sup>5</sup>.

La recolección *pasiva* se realiza cuando los miembros del sistema de vigilancia epidemiológica recogen los datos a partir de los casos que las instituciones rutinariamente registran.

---

<sup>5</sup> OPS / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Trasmisibles. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.



Mientras que en la recolección *activa* los encargados del sistema de vigilancia epidemiológica solicitan la información directamente a quienes la reportan. También pueden acudir a la fuente primaria de los datos, ya sea en primera instancia o para comprobar datos dudosos o incompletos. Este último mecanismo mejora la calidad de los datos pero paralelamente incrementa los costos del sistema.

## **Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica**

Siguiendo la Organización Mundial de la Salud, la planificación de los sistemas de vigilancia epidemiológica debe considerar también los atributos o características que facilitan su funcionamiento.

A continuación se describen brevemente siete atributos que señala el documento y que son: simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad y oportunidad.

La importancia de estos atributos no se agota en su utilidad para la planificación, sino que son también la base sobre la cual podrán luego ser evaluados los sistemas de vigilancia epidemiológica.

### **Simplicidad**

Para que los participantes del sistema lo puedan operar sin dificultades es preciso que su diseño sea lo suficientemente sencillo para que lo comprendan. La cantidad y el tipo de información deben ser lo estrictamente necesario, las fuentes de información deben ser un número reducido, así como los métodos de recolección, limpieza y análisis de datos, y los requerimientos técnicos del personal encargado del SVE.

La cualidad de brindar información de manera oportuna está íntimamente relacionada con la sencillez en el diseño del sistema.

### **Flexibilidad**

Otro de los atributos que debe poseer un sistema de vigilancia epidemiológica es la capacidad de adaptarse a cambios tanto dentro de su estructura, como en las definiciones o los recursos disponibles para su implementación y seguimiento, es decir que debe ser flexible.

### **Aceptabilidad**

El éxito en la implementación de este tipo de sistemas depende en gran medida de la disposición de las personas y las instituciones involucradas en el mismo. Sin esta voluntad por parte de los participantes no es posible sostener los sistemas de vigilancia epidemiológica. Esta "aceptabilidad" depende de algunos factores como ser la importancia del problema en cuestión, el reconocimiento al trabajo de individuos e instituciones, la permeabilidad del sistema a las sugerencias, sean estas internas o externas.

### **Sensibilidad**

Un sistema que pretende proveer información sobre la ocurrencia de eventos o patologías debe tener la sensibilidad suficiente como para identificar la mayor proporción posible de casos que ocurren en la población.



Aquellos aspectos que influyen en la decisión de los individuos de consultar un servicio de salud, o de radicar una denuncia, así como el grado de conexión con las redes de apoyo social, la confianza en las instituciones y en las respuestas que éstas pueden dar a sus demandas y la calidad de la atención que se les brinde afectará la sensibilidad del sistema en la detección de casos.

### **Valor predictivo positivo**

Se basa en la proporción de personas identificadas como casos, sobre el número total de personas que posiblemente tengan la condición buscada. Se trata entonces de la capacidad para identificar correctamente los casos y diferenciar los casos reales de los que no lo son, es decir de reducir al máximo los falsos negativos y falsos positivos.

Para ello es de vital importancia la definición clara y consensuada del evento o caso por parte de quienes tienen la tarea de identificarlos.

### **Representatividad**

Como el término lo indica, los distintos sistemas de vigilancia pueden tener diferentes grados de representatividad y por lo tanto distintas limitaciones para extrapolar la magnitud y características de un problema a la población general, especialmente cuando no están basados en la población.

### **Oportunidad**

En el campo de la salud la toma de decisiones requiere de rapidez en la obtención, el análisis y el reporte de la información, por lo que hay que tener en cuenta los tiempos entre la recolección de los datos y la disponibilidad de la información analizada por parte de las autoridades sanitarias, especialmente cuando se trata de sistemas locales que reportan a los niveles centrales. El tiempo que toma todo el proceso es la medida de la oportunidad del sistema. Por supuesto que la disponibilidad de programas de computación para el análisis de datos, la confección de los informes y la diseminación de la información acorta los tiempos y colabora por ende con la oportunidad del sistema.

## **Objetivos de un sistema de vigilancia epidemiológica**

Los objetivos que deben cumplir los Sistemas de Vigilancia y por tanto ser tenidos en cuenta a la hora de diseñarlos e implementarlos son:

- Producir información confiable y oportuna
- Monitorear cambios
- Generar hipótesis de causalidad (que puedan luego ser puestas a prueba por otros tipos de estudios).
- Servir para la toma de decisiones
- Evaluar el impacto de programas e intervenciones

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica por sí mismo no produce cambios; sino que es una herramienta que produce esencialmente información de

utilidad para que los tomadores de decisiones ejecuten los cambios necesarios.

## **Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica**

Para el diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica se han descrito los siguientes puntos que ya desde su inicio permiten definir sus objetivos y mecanismos de trabajo:

### **Definición de la razón básica del Sistema**

Es preciso definir el problema a estudiar, la manera en que se ha de abordar dicho problema y cuáles son las instituciones que podrán proveer de la información necesaria.

Definición de caso: la definición precisa de caso, o sea lo que se va a registrar o vigilar, es determinante para que el sistema cumpla con la calidad de sensibilidad y de valor predictivo.

Este es el primer acuerdo al que deben llegar tanto los responsables y quienes operan el sistema. Es necesaria la mayor precisión posible en la definición de caso para que la probabilidad de identificarlos se realice utilizando los mismos criterios y poder así diferenciar casos de no casos, lo cual no siempre es tan sencillo como parece.

La unidad en los criterios de identificación de casos contribuye a preservar la validez interna y a evitar sesgos de selección. También es preciso definir la forma en que será registrado cada caso.

Una de las recomendaciones al respecto es la posibilidad de utilizar clasificaciones de carácter internacional, en especial la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE.9 o CIE10), ya que de esta forma pueden hacerse comparaciones entre distintas jurisdicciones y países.

Una adecuada identificación del evento permitirá más adelante la identificación de factores de riesgo que puedan luego ser analizados en busca de asociaciones y tipologías.

### **Conformación de un Comité Técnico**

Los sistemas de vigilancia epidemiológica requieren de la participación de distintas instituciones y tipos de recurso humano para llevar a cabo todas las acciones necesarias para abordar el problema de manera integral.

La integración entre las distintas entidades requiere de tiempo, especialmente si tenemos en cuenta que muchas de ellas nunca han realizado actividades en forma conjunta. La información sobre los eventos puede ser realizada por distintas instituciones a la vez, con distinto enfoque y formato según sus propios intereses.

Hay que decidir qué información se obtendrá, quién y cómo la proveerá, y cual será la periodicidad de los reportes.

## **Identificación de fuentes de datos existentes**

El éxito en la implementación de un sistema de vigilancia puede depender de la identificación de las fuentes de datos que ya se encuentran disponibles en cada institución. Es frecuente que distintas instituciones obtengan información sobre un mismo evento.

Al momento de identificar las instituciones o grupos que participarán del sistema deben ser tenidos en cuenta el tipo de responsabilidad que tienen en el control, la atención, prevención o rehabilitación de casos; qué información recolectan en forma rutinaria, en qué formato, qué técnica utilizan y qué tipo de análisis realizan; su disponibilidad o limitaciones para compartir la información con otras instituciones.

## **Determinación de fortalezas y limitaciones de las fuentes**

A los efectos de preservar la sencillez del sistema es recomendable utilizar el menor número de fuentes de datos posible. El Comité Técnico debe conocer muy bien la definición de las variables que se recogen y los métodos de control de calidad que se utilizan en el sistema. Debe conocer también la forma en que está estructurado el sistema, el período de tiempo que abarca, la frecuencia en la recolección de los datos y cómo se difundirán los resultados.

Es conveniente determinar qué campos de la información sirven y cuáles no, de modo de evitar la repetición de los esfuerzos en la recolección de los datos.

Algunas debilidades del sistema, como pueden ser las fallas en el flujo de los datos, su recolección y las características de los mismos, pueden ser identificadas rápidamente en una prueba piloto tal como se describe a continuación.

## **Realizar una prueba piloto**

Es necesario evaluar la calidad de los datos recolectados, la facilidad de recolección, la proporción de información obtenida respecto del total, y el tiempo que demora la recolección. De esta manera es posible actuar de manera preventiva antes de que el sistema esté completamente instalado y en funcionamiento a pleno.

De esta manera podrán ser revisados a tiempo tanto los mecanismos como los objetivos propuestos, el evento a vigilar (especialmente su definición y criterios de inclusión).

Como puede observarse, ya en esta etapa comienzan a utilizarse los conceptos de evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica.

## **Cruce de datos de distintas fuentes de información**

Para obtener una visión integral del evento a vigilar, y muy especialmente cuando se trata de un tipo de evento específico y complejo, hay que tener en cuenta la posibilidad de combinar fuentes de información existentes para obtener datos más completos sobre el mismo. Este cruce es un mecanismo que, sin aumentar los costos del sistema, puede permitir la generación de nuevas hipótesis explicativas o mejorar la evaluación de una intervención.

Se cita el ejemplo de la vigilancia epidemiológica de homicidios, en la cual los datos que son aportados por el sistema de salud pueden proporcionar características clínicas de la lesión y su magnitud. La policía por su parte proporcionará variables que tienen que ver con la intención del victimario, condiciones del lugar y los móviles que llevaron a que el evento ocurriera. Si fue una muerte por accidente de tránsito, la policía puede dar información sobre el vehículo y condición de las calles.

### **Difusión de la información**

Ya dentro de la definición misma de sistema de vigilancia epidemiológica se prevé la necesidad de diseminación de la información obtenida. De esta manera la forma en que se difundirán los resultados obtenidos es un aspecto central y debe ser planificado ya desde el diseño del sistema.

Deben ser identificados claramente quiénes serán los receptores de la información, con qué frecuencia y detalle se proveerá la misma, qué tipos de informes y publicaciones. Diseminación de la información

### **Los receptores del sistema**

Los receptores con quienes se interactúa en un Sistema de Vigilancia Epidemiológica pueden agruparse en:

a) primarios: aquellos que tomarán decisiones en función de la información recibida

- Las autoridades o a quienes corresponde tomar decisiones son los receptores primarios.
- Las comunidades afectadas, las que no solo deben conocer la magnitud del problema sino participar activamente en las decisiones y su aplicación.

b) secundarios: los que no deciden, pero cumplen una función importante para el mantenimiento o el funcionamiento del Sistema:

- Los medios de comunicación: prensa, radio y televisión.
- Las instituciones no gubernamentales, universidades y centros de estudio del problema.
- Aquellos que de una manera u otra participan en el proceso del SVE. Ellos/as no solo tienen derecho a recibir los informes finales sino que en la medida en que conozcan la utilidad de su trabajo, se estimulará su interés y compromiso con el proceso.

Los datos y los análisis generados deben tomar en consideración todos estos receptores. Al hacer un reporte para quienes tienen poder de decisión política no solo hay que incluir la información cruda o decisiva, sino también las conclusiones y recomendaciones derivadas del sistema de vigilancia. Debe disponerse de reportes detallados y técnicamente elaborados, así como informes resumidos con un lenguaje apto para la comprensión de estos receptores secundarios.

## **Periodicidad de los informes**

La periodicidad de los reportes se define en función a la relevancia del problema y al tipo de evento que se trata.

Como criterio general no debe transcurrir más de seis meses para que los datos sean distribuidos a quienes deben tomar decisiones. De lo contrario pierden su oportunidad.

También pueden producirse informes anuales que cumplen objetivos tales como contribuir a la identificación de tendencias, patrones de cambio o estabilidad del problema.

El Centro Nacional de Referencia sobre Violencia del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, Colombia, produce reportes mensuales y anuales sobre muertes por lesiones intencionales y no intencionales. Estos han permitido conocer, de una manera confiable, la magnitud de las distintas formas de violencia que sufre el país, dada la cobertura y la competencia nacional delegada al Instituto para realizar las autopsias por toda muerte de causa externa así como de abuso sexual o violaciones, o casos de violencia intrafamiliar denunciados ante las autoridades competentes.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica también tienen fallas y a pesar de los esfuerzos es posible que sus datos sean incompletos, pero útiles. Aún con esta limitación es necesario que los datos se difundan. El proceso permite ganar conciencia y lograr cambios en la actitud de las autoridades y la sociedad frente al problema. Es posible que con datos básicos, aun incompletos, se identifiquen situaciones de riesgo, y se alerte o proponga la toma de medidas aptas para su prevención.

Todo reporte deberá mencionar limitaciones y posibles sesgos de la información. Las limitaciones pueden ser reportadas de manera sucinta en el cuerpo del informe y de manera detallada en apéndices al texto principal, con el fin de dar mayor conocimiento a las autoridades, las comunidades, los medios y los investigadores.

## **Asociación del sistema con acciones de prevención y fuentes de financiamiento**

Sugerir o diseñar posibles acciones de prevención y asegurar fuentes de financiamiento por parte de las instituciones participantes es una obligación básica del diseño. En ocasiones se debe demostrar que los resultados a obtener son costo efectivos, de modo de soslayar la natural resistencia a aportar financiación a un nuevo programa. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que los costos en prevención de lesiones son menores que aquellos relacionados con el tratamiento médico, la rehabilitación y la pérdida de productividad que ocurre como consecuencia de los eventos violentos. Para los sistemas de salud, los costos por tratamiento generalmente son muy superiores a aquellos que se necesitan para la prevención.

## **Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica**

El proceso de evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica debe seguir pasos metódicos, necesarios para llegar a un análisis completo y útil. A

continuación se transcriben los aspectos esenciales de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación.

Con la finalidad de verificar a) el cumplimiento de los objetivos, b) la confiabilidad y oportunidad en la recolección de los datos y c) la confección y distribución de los informes, son necesarios procesos de evaluación que permitan monitorear la marcha del sistema. Objetivos, atributos y propósitos deben ser evaluados para asegurar un adecuado funcionamiento.

**Los aspectos a ser evaluados en un sistema de vigilancia pueden agruparse en:**

- 1) Utilidad del sistema
  - a. Cumplimiento de los objetivos
  - b. Diagrama de flujo
  - c. Componentes y operación
- 2) Evaluación de atributos
- 3) Recursos utilizados

A continuación se listan una serie de preguntas cuya respuesta aporta los datos sustanciales a la evaluación y que nos parecieron además de suma utilidad para comprender un sistema de vigilancia, cuáles son sus componentes y su operatoria:

- ¿Cuál es la población evaluada?
- ¿Cuánto demora la recolección de datos?
- ¿Qué información se recoge?
- ¿Quién provee la información?
- ¿Cómo se transfieren los datos?
- ¿Cómo se guardan?
- ¿Quién los analiza?
- ¿Cómo y con qué frecuencia se realiza este análisis?
- ¿Con qué frecuencia se efectúa la diseminación de datos?
- ¿Quién recibe la información?
- ¿Cómo se distribuyen los informes?

**Evaluación de la utilidad del sistema**

Se entiende por utilidad a la capacidad del sistema para servir a los objetivos propuestos, es decir, su capacidad para alertar o detectar cambios en las tendencias de los hechos que se busca tener bajo vigilancia; determinar períodos de tiempo y lugares de mayor riesgo; valorar si la información facilita los cálculos de morbilidad y mortalidad. Igualmente se debe conocer si están alimentando oportuna y confiadamente los proyectos de intervención y la evaluación de medidas de control. Se espera también que las conclusiones alcanzadas con el sistema de vigilancia lleven a modificaciones en las prácticas institucionales de atención, control y prevención.

Metódicamente por tanto, es necesario controlar resultados contra objetivos y en caso de no cumplimiento identificar las causas.

Un diagrama de flujo, desde la recolección inicial de los datos hasta su diseminación, es de gran utilidad en la revisión así como para identificar fortalezas y debilidades del sistema.

## **Evaluación de los atributos del sistema**

Como parte de la evaluación, y complementando la referida del cumplimiento de objetivos, es necesario determinar si pueden ajustarse los atributos, examinando también metódicamente las siguientes características:

1. Simplicidad. Se trata de identificar la cantidad, calidad y confiabilidad de las fuentes de información, estructura, operación, colaboración y coordinación entre las fuentes e identificación de las dificultades y bondades del Grupo de Trabajo o Comité Técnico. Se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- a) eliminación o modificación de la contribución de una fuente de datos cuyo aporte no sea confiable y selección de una que se considere de mayor calidad;
- b) menor número de fuentes da mayor garantía de simplicidad;
- c) costos de operación deben corresponder a la localidad o país.

2. Flexibilidad. La flexibilidad se relaciona con la simplicidad. Su evaluación debe identificar la facilidad de adaptación a modificaciones operativas o estructurales, o a la necesidad de responder a situaciones o riesgos nuevos. Con el tiempo, hay términos, conceptos o realidades que pueden cambiar.

3. Aceptabilidad. La aceptabilidad de un SVE se mide por el compromiso de los grupos de trabajo y las instituciones que representan, así como su interacción en el funcionamiento del SVE. Ello se refleja en la calidad de los datos y depende de cómo se recoleccionan estos.

Por ejemplo, no se puede esperar que el personal médico llene formularios extensos en un servicio de urgencias dadas las características del mismo y la naturaleza del trabajo que allí se hace. La recolección de información extensa no es aceptable. La evaluación de los objetivos y la relevancia de un problema hacen que la aceptabilidad del mismo varíe. Con el tiempo, la recolección de información se torna rutinaria y puede llevar a una disminución del interés tanto por parte de quienes suministran los datos, como de quienes los codifican y reportan.

4. Sensibilidad. La VE no es un método de clasificación final de casos o eventos y por ello su sensibilidad varía según la calidad de datos que procesa y según se definan los mismos. Una fuente originaria o primaria, es usualmente la que proporciona datos a un SVE. La sensibilidad puede disminuir si los casos se definen de manera equivocada o si durante el proceso de recolección y transmisión de los datos se pierde información o se recolecta de manera incompleta. Por ejemplo, datos sobre un evento violento pueden llegar incompletos al SVE porque no se ha resuelto el caso en un juzgado. El SVE por lo tanto clasificará estos eventos de manera incompleta o incorrecta. Con el paso del tiempo, la fuente primaria de información (el juzgado en este caso), puede completar la información (al llegar a un fallo). La información del juzgado será entonces diferente a la que inicialmente se reportó al sistema. Debido a que la información puede cambiar con el tiempo en una fuente primaria es posible encontrar discrepancias de la fuente primaria con el SVE debido a que la información se recolectó en un período en que con relación a un hecho, no había datos suficientes. Por razón de estas diferencias temporales o en otros casos por existir diversos criterios para la definición de casos, se encontrarán discrepancias en los datos.



Evaluar la sensibilidad de un SVE es determinar la capacidad del mismo para detectar los casos comparándolo con otro método que se considera de mayor credibilidad.

En el reporte de casos, la proporción de casos reales sobre el número total de casos, da un valor de sensibilidad con respecto a la realidad.

Aún si un SVE no tiene sensibilidad excelente, su uso puede ser adecuado para evaluar tendencias, asegurándose previamente que la sensibilidad del sistema no cambie con el tiempo. Los cambios en la sensibilidad de un SVE pueden deberse a nuevas maneras de definir un caso o a mayor concientización sobre un problema específico. Es importante tener en cuenta que cambios en la sensibilidad debidos a variaciones en la definición, recolección o reporte de datos producirán cambios artificiales en el SVE asociados a variaciones en el procesamiento y manejo de la información.

5. Valor predictivo positivo. Una vez definido un problema e identificadas las variables que proporcionan datos al respecto, se procederá a determinar la confiabilidad de los mismos. El cálculo del valor predictivo positivo es una medida de la confiabilidad de los datos. Si hay criterios diagnósticos laxos el problema en estudio puede sobreestimarse, pues se seleccionarán más sujetos como casos cuando en realidad estos no lo son. Un bajo valor predictivo positivo (VPP), indica que muchos casos "aparentes" se están estudiando y por ende se están invirtiendo esfuerzos excesivos en situaciones que no lo ameritan. El VPP está relacionado con la claridad y especificidad de las definiciones de casos. El VPP también se relaciona con algunas características de la población en estudio, particularmente con la prevalencia de un problema.

Hay eventos que por sus características ocurren en raras ocasiones. El mayor determinante del VPP en estos casos es la prevalencia del problema en la población en estudio. No importa cuán específica sea la prueba, si una población está en bajo riesgo de ocurrencia de un evento, la mayoría de resultados positivos (definidos como un caso), serán falsos positivos.

Una buena comunicación intersectorial facilitará la obtención de un VPP adecuado pues permitirá una efectiva identificación de casos.

En el seguimiento del SVE se determinará si en los ajustes y/o modificaciones al mismo se observan cambios en la sensibilidad y VPP.

6. Representatividad. Las características de un evento con relación a tiempo, espacio, persona y grado de descripción del evento pueden mejorar la calidad de la información. Una completa recolección de datos implica en determinados casos, la recolección de más información. Este atributo se debe contrapesar con la sencillez. En aras de la representatividad, se puede sacrificar un poco la sencillez o viceversa.

Dependiendo del grado de descripción que se quiera de un evento, se decidirá la cantidad de información. Una manera de verificar si los datos del SVE representan a toda la población, se puede hacer a través de encuestas que recojan variables similares a las del sistema o a través de la comparación del SVE con otras fuentes de información. Si las proporciones o características de la población reportada son similares se acepta que el SVE tiene buena representatividad.



**7. Oportunidad.** De nuevo, la simplicidad, flexibilidad y aceptabilidad del SVE juegan un papel primordial en la recolección oportuna, transmisión y reporte de la información. Como se mencionó antes, el proceso de difusión no debe tomar más de seis meses. Si el problema se considera de magnitud "epidémica" puede ser necesario producir informes semanales o mensuales.

Evaluación de los atributos de un SVE:

1. Simplicidad: claridad en definiciones.
2. Flexibilidad: permanencia de atributos ante cambios.
3. Aceptabilidad: aplicabilidad y relevancia de la información.
4. Sensibilidad: comparación con fuentes primarias.
5. Valor predictivo positivo: comparación con fuentes primarias.
6. Representatividad: características del SVE y la población similares.
7. Oportunidad: cumplimiento con períodos de tiempo en recolección, informe y diseminación de la información.

**Descripción de los recursos humanos y económicos que se usan para operar el sistema**

Una descripción de los requerimientos de personal y del tiempo que demoran en procesar y analizar los datos hacen también parte de proceso de evaluación. Los costos adicionales tales como viajes, movimiento de información, transporte y equipos se sumarán a los costos totales. La evaluación de estos costos sólo hace referencia a lo estrictamente necesario para mantener el SVE en funcionamiento. Generalmente un SVE sencillo y flexible no acarrea mayores costos de funcionamiento.

**Métodos de investigación**

En forma breve, se comentan a continuación otros tipos de estudios epidemiológicos que permiten evaluar intervenciones, profundizar la información o analizar datos obtenidos de SVE.

**Encuestas**

Buscan a través de preguntas cerradas o abiertas, completar una información determinada o describir una población determinada. Pueden llevar a la generación de hipótesis de causalidad.

**Estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)**

Generalmente intentan establecer qué tipo de pensamientos, actitudes y comportamientos tiene una población con el fin de evaluar las posibles barreras y ventajas de aplicar una medida o enseñar un comportamiento.

**Estudios descriptivos**

Pueden ser cuantitativos o cualitativos y frecuentemente llevan a la generación de hipótesis sobre un problema. Sirven para describir la incidencia y prevalencia. Permiten comparaciones sencillas entre cifras de diferentes

lugares o en diferentes tiempos. Dan una idea de la magnitud de un problema, establecen diferencias entre grupos de alto y bajo riesgo. Los costos son generalmente reducidos. Son importantes en las fases iniciales de desarrollo de un área de conocimiento.

### **Estudios transversales**

Sirven para mostrar el estado de un problema determinado en un punto fijo en el tiempo. Se pueden utilizar como una medida para evaluar variaciones en la obtención de información por parte de un SVE. Tienen la limitante de no proporcionar datos sobre causalidad y temporalidad por enfocarse en un instante preciso. Sirve también para obtener una idea de la magnitud de un problema.

### **Estudios de casos y controles**

Hacen parte de los denominados estudios de observación. Comparan dos grupos de población, uno con un diagnóstico definido (los casos) y el otro, sin ese diagnóstico (los controles), pero comparables en cuanto a otras características. Este tipo de estudio intenta correlacionar la ocurrencia un diagnóstico, con una exposición a uno o varios factores de riesgo previos. Es una metodología conveniente para eventos poco comunes, su costo es generalmente reducido, permite la evaluación de varias causas posibles (las exposiciones previas) y es importante en las fases iniciales de desarrollo del conocimiento. Son limitados en cuanto a que pueden incurrir en sesgos de información que lleven a conclusiones falsas, no pueden demostrar relaciones de causalidad y se ven afectados por inconsistencias en los sistemas de información.

### **Estudios de cohorte**

En estos estudios se hace seguimiento de un grupo poblacional que ha estado expuesto a uno o varios factores de riesgo y se observa la diferencia de ocurrencia de ciertos eventos entre quienes estuvieron expuestos y quienes no lo estuvieron. Este diseño de estudio da una mejor idea de relaciones de causalidad entre una exposición a un factor de riesgo y un evento posterior. Son métodos apropiados para evaluar múltiples efectos de una exposición o factor de riesgo determinado. Son limitados en cuanto a costos y duración de tiempo entre la aparición de un factor de riesgo y la ocurrencia de un evento. Pueden incurrir en conclusiones sesgadas por pérdida paulatina de los participantes (la población en estudio) o por clasificaciones erróneas de los factores de riesgo.

### **Análisis de series de tiempo**

Sirven para establecer la efectividad de medidas que afectan a grupos poblacionales teniendo en cuenta las variaciones naturales que puede haber en el tiempo. Son muy comunes en la evaluación de leyes en la población. Permiten una visión parcial de la relación causa efecto pero no pueden extrapolar los hallazgos de la población a individuos específicos.

### **Estudios cuasi-experimentales**

Son estudios en los cuales los factores de riesgo y la posibilidad de estar expuestos a ellos, están un poco más controlados. Por ejemplo, una unidad de policía que solo trabaja en una zona específica de la ciudad y cuya labor principal es identificar individuos que conducen embriagados durante un tiempo determinado. La incorporación de la unidad de policía se controla en tiempo y espacio y los efectos en el número de accidentes por conductores embriagados se puede observar posteriormente.

Proporcionan una mejor idea de causa-efecto, pueden ser aplicables en múltiples escenarios y por ende se pueden generalizar. Tienen como desventaja no aclarar completamente la relación causa efecto entre uno o varios factores de riesgo y un evento (por ejemplo lesiones) determinado.

### **Estudios aleatorios controlados**

Son los mejores tipos de estudios para obtener relaciones de causa efecto, pues a través de técnicas estadísticas de agrupación aleatoria, permiten comparar grupos evitando otros posibles sesgos de información. Permiten una comparación más clara de individuos expuestos a uno o varios factores de riesgo con individuos no expuestos y su relación con un efecto determinado. Tienen como desventaja costos elevados y limitaciones de tiempo para establecer relaciones causales.

## 4. Vigilancia epidemiológica en salud mental

En este capítulo se presentan los resultados de la búsqueda y el análisis de la bibliografía en materia de vigilancia epidemiológica en el campo de la salud mental.

Lo primero que llamó la atención desde el comienzo de la búsqueda bibliográfica fue la gran cantidad de material referido por un lado a Vigilancia Epidemiológica en general y por el otro a Epidemiología en Salud Mental.

Cuando centramos la búsqueda en el tema de la Vigilancia Epidemiológica casi no aparecieron trabajos sobre Salud Mental y cuando se ajustó la búsqueda dentro del campo de la salud mental, ya no aparecieron trabajos sobre vigilancia sino artículos y documentos sobre Epidemiología en Salud Mental.

Con respecto a las dificultades de la búsqueda en las fuentes de información habitualmente disponibles, consideramos importante destacar que la bibliografía indexada que hemos encontrado pertenece a países desarrollados, razón por la cual para poder localizar bibliografía latinoamericana fue necesario recurrir a búsquedas especiales en fuentes específicas.

Una primera aproximación al material encontrado nos permitió detectar tres categorías de publicaciones: en primer lugar aquellas que hablan de sistemas de vigilancia epidemiológica en funcionamiento, en segundo lugar las que describen proyectos o propuestas para la implementación de un sistema y en tercer lugar aquellas que se refieren ya no a vigilancia epidemiológica sino a investigaciones que podrían o no constituirse como fuentes o sistemas de vigilancia.

Una segunda mirada sobre los eventos que son objeto de vigilancia epidemiológica en salud mental nos revela que mientras la preocupación en los países desarrollados está claramente orientada a perfeccionar las respuestas del sistema de salud a las necesidades estimadas en la población, en Latinoamérica la mayor parte de los trabajos se dirigen a eventos específicos y destacan entre estos las patologías emergentes pertenecientes al campo de lo psico-social como son por ejemplo el alcoholismo, la drogadependencia y la violencia.

Los estudios de prevalencia en población general, al estilo de los que se están desarrollando en Europa e impulsados por la OMS se realizaron en Latinoamérica hasta los años 80. A partir de allí, las publicaciones se dirigen a problemas específicos tal como fuera señalado en el párrafo anterior.

Con el objeto de facilitar la lectura y el abordaje en una visión de conjunto hemos sintetizado solamente los hallazgos que consideramos mas relevantes para la presente investigación, en forma de tabla, en un cuadro resumen que se incluye como Anexo I, teniendo en cuenta las tres categorías descriptas anteriormente de: sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental en funcionamiento, proyectos o propuestas e investigación.

A continuación se analizan dichas publicaciones agrupadas según su origen: en primer lugar las encontradas en bases de datos de países centrales, luego los hallazgos sobre experiencias en Latinoamérica y por fin los de producción argentina.

## Publicaciones en bases de datos de países centrales

La mayor parte de las publicaciones encontradas en las búsquedas en bases de datos de países centrales provienen de esos mismos países y reflejan la tendencia ya señalada a la investigación de la interfase necesidad-demanda-respuesta del sistema. Son muy escasas las publicaciones de otra procedencia.

Los artículos encontrados nos muestran una tendencia que merece ser destacada: en los últimos años los estudios europeos han pasado de ser estudios en países, es decir de alcance nacional a investigaciones internacionales a nivel de toda Europa. Algunas de las principales ventajas de esta tendencia de pasar de estudios nacionales a investigaciones supranacionales son la economía de escala en el estudio y la posibilidad de obtención de metas de benchmarking, es decir la formulación de objetivos en función de los países con el mejor rendimiento de su sistema.

- 1) Estudio Europeo de la Epidemiología de los Desórdenes Mentales (ESEMeD). Se trata de un estudio en población general dirigida a obtener la prevalencia de los trastornos mentales y los patrones de búsqueda de tratamiento. Ubicado dentro de la categoría investigación, se realiza con encuestas domiciliarias aplicando el instrumento estandarizado, el CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview) que proviene de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).
- 2) Alonso y el resto de los autores europeos (del cual se nombra Alonso por ser el primero por orden alfabético, pero el investigador principal es Ronald Kessler) publican la metodología de las encuestas y las respuestas comparativas en los distintos países.
- 3) El estudio ESEMeD es replicado en otros países centrales y posteriormente a impulso de OMS, en algunos países en vías de desarrollo. Este estudio demuestra el comportamiento diferente de la demanda de asistencia y de las respuestas del sistema de salud entre países desarrollados y no desarrollados. Entre los estudios latinoamericanos se citará más adelante uno más de este grupo, que incluye el estudio realizado en Chile por Benjamín Vicente.
- 4) WHO World Mental Health Survey Initiative. Es la capitalización por parte de la Organización Mundial de la Salud del estudio europeo y el estímulo para llevarlo a cabo en todos los países miembros, con la misma metodología y el mismo diseño muestral. De esta manera se busca hacer comparables los hallazgos de los distintos países.
- 5) Otro trabajo que aborda la misma temática pero desde un ángulo diferente, es el que investiga la opinión de los ciudadanos europeos respecto de acontecimientos vitales, entre ellos algunos referidos a "salud mental" utilizando el cuestionario F36 de Calidad de Vida: percepción de algún malestar interior, ocurrencia de búsqueda de ayuda clasificada según sistema de consulta, percepción de soporte social. El trabajo está realizado por encuestadores "genéricos" y por lo tanto ofrece diferencias significativas con los anteriormente

- mencionados (uno es por encuestas de opinión y otro por entrevistas domiciliarias con profesionales).
- 6) Dos autores estadounidenses, Sunita Kishor y Johnson Kiersten analizan la violencia doméstica, su prevalencia, los factores de riesgo y la relación con el estado de salud. Utilizan como fuente las encuestas domiciliarias del sistema DHS (Demographic Health System) programa impulsado por la Agencia Estadounidense para el Desarrollo.
  - 7) La World Psychiatric Association comisiona a José M. Bertolote (Asesor especial de OMS para salud mental y drogadependencia) para una revisión de las estrategias de prevención del suicidio. El autor define que se trata de un problema local en un campo lindante entre la psiquiatría y la salud pública y por lo tanto las estrategias exitosas en algunos países no funcionan necesariamente en otros, recomendando una definición clara de objetivos e indicadores de evaluación antes de alocar recursos en la prevención.
  - 8) En Portugal, un reporte del estado de salud a nivel nacional informa que se estudia la demanda de atención es salud mental en una muestra de una semana en el año, registrando las consultas solicitadas en todas las instituciones del país.
  - 9) En Inglaterra, Ruth Jenkins y otros revisan la Encuesta de Nacional de Morbilidad Psiquiátrica de ese país y describen su metodología. Se trata de una muestra estratificada en la que se aplica un instrumento de detección de patología y para psicosis, en los casos positivos se realiza una entrevista con profesional psiquiatra. Los autores no informan los resultados de la encuesta sino que analizan el método y destacan la precisión de resultados contrastando con la información de morbilidad que procede regularmente de los servicios de atención.
  - 10) En el mismo país, la misma autora señala en un artículo destinado a resaltar el valor de la epidemiología, los vínculos determinantes entre ésta y los mecanismos de construcción de las políticas en materia de salud mental. Hace una descripción de los distintos programas y el modo en el cual la epidemiología les provee información.
  - 11) En los Estados Unidos, David Goldston realiza un minucioso repaso por encargo del National Institute of Mental Health, de todos los instrumentos existentes destinados a medir clínicamente el riesgo y la potencialidad suicida de las conductas adolescentes. El autor revisa todos los antecedentes internacionales y concluye, luego de un enjundioso estudio sobre la multitud de instrumentos, que la mayor parte de ellos carece de estudios de efectividad y del rigor necesario para ser utilizados con un beneficio mínimo.
  - 12) En este mismo país, Patricia Lillquist analiza el Sistema de Vigilancia implementado en la ciudad de Nueva York para registrar y monitorear la prevalencia y los factores asociados a las demencias. Parte del impulso para su implementación estuvo dado por el problema de la Enfermedad de Kreufeld Jacob (Encefalopatía bovina esponjiforme), ya que está destinado a cruzar información con éste y

otros registros. La autora comenta que la notificación no se cumple acabadamente.

- 13) Desde los Estados Unidos, el National Institute of Mental Health publica un resumen estratégico de las áreas que considera prioritarias para investigar en el campo de la salud mental. Cabe destacar que dicho documento considera de importancia la vigilancia epidemiológica en salud mental, mencionando entre las prioridades el suicidio y las adicciones. Dentro de este último campo es de hacer notar algunas otras publicaciones no clasificadas dentro de las categorías incluidas en la presente investigación, y que enfatizan la conducta de riesgo que representa la ingesta de alcohol entre la población adolescente.
- 14) En Canadá, un importante artículo de C. Waddel y otros, revisa extensivamente las publicaciones sobre psiquiatría infantil, detectando la presencia de algunos factores que, siendo claros determinantes de la aparición de patología en la infancia, no son tenidos en cuenta en los diseños de las políticas asistenciales en su país.
- 15) En Australia, S. Aoun analiza una encuesta en la población general que investiga la percepción de algún tipo de malestar relacionado con la salud mental y la expresión de ese malestar en forma de demanda de atención. A diferencia de otros estudios europeos ya comentados aquí, esta investigación no utiliza ningún instrumento diseñado para detectar posibles demandantes sino que utiliza la calificación del propio individuo para señalarlo o no como potencial paciente.

## Experiencias en Latinoamérica

- 1) Mencionamos en primer término la replicación en Chile, por parte de Benjamín Vicente, del trabajo WHO World Mental Health Survey Initiative que lleva a cabo la Organización Mundial de la Salud, que aparece citado de manera casual en uno de los varios reportes a los que diera lugar la mencionada iniciativa.
- 2) Judith Scharager Goldemberg y Lorena Contreras Escudero, implementaron en Chile un Sistema de Vigilancia Epidemiológico en Salud Mental, cuyo objetivo fue detectar y jerarquizar los problemas más relevantes de la salud mental en varios centros de atención primaria de la salud en un distrito de Santiago de Chile y establecer su relación con las condiciones de vida de la población. Los eventos seleccionados fueron las Adicciones, la Violencia y los Trastornos en la Niñez, diagnosticados en las consultas realizadas en los servicios de atención primaria de salud. El sistema requirió del entrenamiento de los médicos de atención primaria de la salud en la detección de estos diagnósticos y se estudio su asociación con los domicilios y otras variables sociodemográficas. La información se ofrecía procesada para ser utilizada por los mismos médicos de atención primaria. El sistema no esta vigente y se implemento a titulo de prueba piloto.
- 3) Brasil, Costa Rica, Panamá y Perú forman parte de los países latinoamericanos incluidos en la iniciativa de la OMS, WHO World



Mental Health Survey Initiative, pero no hemos encontrado reportes acerca de los resultados de la misma en dichos países.

- 4) México en una publicación de 1984 de Héctor Gutiérrez Ávila y Héctor Tovar Acosta, describen el futuro sistema de vigilancia a implementar. El sistema tomaría información de las instituciones de salud mental existentes y sería procesada a nivel central. Se trata de un proyecto que aparentemente no continuó.
- 5) México también aparece mencionado en la última publicación de la WHO World Mental Health Survey Initiative, como habiendo realizado la tarea de campo y reportando la prevalencia de trastornos mentales según el modelo de reporte de dicha iniciativa.
- 6) Colombia forma parte también O World Mental Health Survey Initiative, con trabajo de campo realizado y prevalencia informada en el artículo de Ronald Kessler Prevalence, Severity and Unmet Needs for Treatment of Mental Disorders in the WHO-WMH Surveys.
- 7) También en Colombia y como parte del programa DESEPAZ, se desarrolla un componente epidemiológico que vigila los homicidios en la ciudad de Cali, reportado por Alberto Concha-Eastman. El evento que vigila son los homicidios y la fuente de información son todas las entidades que intervienen en los casos de homicidios con un epidemiólogo que coordina al grupo. El programa no ha producido aun acciones concretas y solo ha investigado la asociación del evento con algunas variables.
- 8) En Colombia también, se ha aprovechado la presencia en Bogotá de 70 centros de tratamiento de adicciones para realizar un monitoreo de la prevalencia de vida y la prevalencia anual de la ingesta de drogas. La página web que describe el sistema no aporta ningún dato del uso que se hace de esta información.
- 9) En Brasil, Botega Neury y León de Souza Lobo García, realizan una investigación sobre intentos de suicidio en San Pablo con datos tomados de los departamentos de emergencia de los hospitales de la ciudad.

## Publicaciones en Argentina

- 1) El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha dispuesto recientemente, en noviembre de 2004 por la resolución N° 2070, la creación del Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. El Sistema, constituido por todos los actuales organismos asistenciales crea en los Hospitales los grupos de Epidemiología e integra la información de los subsectores OS y privados. Toda ella es analizada por una nueva oficina llamada Comité de Análisis de la Situación de Salud (CASIS), integrada a su equivalente del Ministerio de Salud; y como grupo asesor se crea el Consejo Consultivo de Epidemiología, integrado por representantes oficiales y de Instituciones de la Sociedad Civil.



- 2) La Dra. María Martina Casullo publica en un número especial de la revista VERTEX (recientemente indexada) un trabajo representativo de los que ha producido a lo largo de varios años. Se trata de los resultados de una investigación sobre malestar en alumnos universitarios de la UBA registrada mediante un instrumento específico al momento del examen médico de ingreso. Se trata de un trabajo de investigación, que se incluye por la representatividad de la investigadora y por tratarse del uso de una herramienta de "screening" fácil de administrar.
- 3) Andrea Ferrero, investigadora de la Universidad de San Luis, realiza un detallado resumen de las publicaciones que incluyen temas de epidemiología psiquiátrica en América Latina. No existe entre ellas ninguna referida a sistemas de vigilancia y la autora dedica mucho de su texto a los trabajos del programa PEPSI (ver más adelante)
- 4) La misma autora, en la Revista VERTEX, ya mencionada, publica una investigación de prevalencia en el área de la ciudad de San Luis, usando un instrumento de detección de patología grave (el MCMII-II) y menciona sus hallazgos para el área.
- 5) Juan Samaja, Epidemiólogo y Epistemólogo, publica un importante ensayo donde examina los nuevos conceptos respecto a la multicausalidad de las enfermedades y los factores del entorno sociocultural, que se engloban en "lo comunitario". Propone que la epidemiología debe ir a recoger esa información mediante "sitios centinela", adentrados en la comunidad, útiles para la recolección de información capaz de sugerir hipótesis. Llama a este cambio una modificación desde una epidemiología "cuantitativa" a otra "cualitativa", con incorporación de variables socio-relacionales.
- 6) Hugo Míguez, que ha desarrollado un importante trabajo en la obtención de información relativa al consumo de sustancias, alcohol y tabaco en distintos grupos sociales, ha instalado modelos de vigilancia epidemiológica de inserción comunitaria, llamados "centros locales", en los que convoca a registrar e informar detalles propios de cada área a las instituciones de la comunidad representativas. En principio intenta aglutinar a las instituciones educativas, las de salud y las representativas de la sociedad civil para que produzcan y analicen la información relevante en la materia de adicciones, violencia y trastornos psiquiátricos importantes. Para ello un experto las asesora y esas mismas instituciones elaboran las acciones correspondientes a la prevención o la atención. Hasta el momento de la publicación, año 2002, había 54 centros instalados en todo el país.
- 7) El mismo Míguez sintetiza algo más estos conceptos en una última publicación para la Revista Peruana de Drogadependencia y los propone como modelo de una nueva epidemiología, a la que llama social, en una línea paralela, no idéntica, a la esbozada por Samaja.
- 8) Respecto del alcohol, Míguez realiza un interesante análisis profundizando en el cambio de patrones culturales de tolerancia, cuyo umbral señala descendido para los consumos excesivos. Propone enfatizar este hecho en las acciones preventivas.

- 9) F. Torricelli y A. Barcala, en un artículo publicado en *Vértex*, analizan la información disponible respecto a demanda producida en los servicios asistenciales de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Se limitan al campo oficial, y concluyen que tal como se la registra y procesa, la información no es apta para determinar el perfil epidemiológico de la población. No obstante es un interesante trabajo que deja sin resaltar otros hallazgos referidos a los comportamientos del sistema oferta-demanda en la Ciudad.
- 10) Los trabajos más profundos en términos de investigación de prevalencia en nuestro país son los del programa PEPSI (Programa de Epidemiología Psiquiátrica) que ha llevado a cabo Pagés Larraya desde el CONICET. Este Programa ha producido una serie de publicaciones, que datan de comienzos de los 80. Las investigaciones se llevaron a cabo utilizando un instrumento estandarizado, el Present State Examination (PSE). Estos estudios se publicaron en un documento llamado *Documenta Laboris*, con 82 fascículos y algunos detalles de la metodología y dificultades en la revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.
- 11) Posteriormente, en los 90, se ha dedicado al estudio de la prevalencia de las demencias, con artículos disponibles en Internet y de los que estamos sintetizando los hallazgos. Estas investigaciones comprenden una serie de encuestas a sub-muestras (domiciliarias, institucionales) de la población mayor de 60 años de la ciudad de Buenos Aires, mediante la aplicación de un inventario específico y administrado por profesionales, pero con determinación poco precisa de la prevalencia por la cantidad de rechazos.
- 12) Federico Pavlovsky publica en la revista *Vértex* una reseña del mencionado programa PEPSI, en la que sintetiza algunas de las principales líneas de investigación del programa. Los estudios realizados han buscado medir la prevalencia de patologías mentales, la prevalencia de síntomas psiquiátricos, del autismo, alcoholismo, demencias, trastornos del aprendizaje. Resume además brevemente otras líneas de investigación que se desprenden del mismo entre las cuales merecen destacarse las referidas a la enfermedad de Alzheimer, al alcoholismo y las adicciones (este último llevado a cabo por Hugo Míguez).
- 13) Dentro del Ministerio de Salud de la Nación existe un anteproyecto para la implementación de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (SNVESM) elaborado por Clara Riva Posse y Ana C. Interlandi. El documento destaca la carencia de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental actualmente en nuestro país y propone la implementación del mismo comenzando con una prueba piloto en algunas provincias seleccionadas. Los eventos propuestos por las autoras para ser objeto de vigilancia epidemiológica en salud mental son: trastornos depresivos, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, psicosis funcionales, violencia y trastornos de la infancia y la adolescencia. Utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades para la definición de caso. Las fuentes de información serán los servicios de salud, utilizando las

planillas de informe diario de consultas de salud mental ampliada o en planilla creada ad hoc. Los datos serán completados por los profesionales en las consultas externas, a partir de los diagnósticos seleccionados de las consultas de primera vez. Se proponen indicadores para el monitoreo de la implementación del sistema en los distintos niveles: local, jurisdiccional y nacional.

A partir de estos hallazgos, queremos destacar que sería de enorme valor el fortalecimiento de sistemas como el BIREME, a partir de no haber encontrado literatura latinoamericana en las bases de datos de países centrales.

## 5. Eventos para la vigilancia en salud mental: Resultado de la búsqueda bibliográfica

Tal como surge del estudio de la bibliografía relevada, los eventos que son objeto de vigilancia epidemiológica y que encuadran en el espacio habitualmente manejado por los especialistas en salud mental son:

- Trastornos mentales en general
- Alcoholismo y drogadependencia
- Violencia
- Suicidio
- Demencias
- Psicosis

### Trastornos mentales en general

Una porción importante de las investigaciones epidemiológicas ha estado abocada a la cuantificación de la magnitud de los problemas de salud mental en la población general y de esta forma nos encontramos con un gran número de estudios de prevalencia que buscan medir la cantidad de personas afectadas de trastornos mentales de todo tipo. En la bibliografía son los estudios que primero aparecen y pasan del estudio de base institucional (proporción de diagnósticos de tal o cual patología en las instituciones) y que ocupan la bibliografía hasta el año 1960, hasta los actuales, desarrollados luego de esos años y que son de base poblacional.

Una dificultad importante para este tipo de estudios la constituye el instrumento con el cual se realizan. La confiabilidad de las distintas escalas utilizadas es dudosa y especialmente el valor transcultural de las mismas es muy bajo, con lo que se esteriliza uno de los principales objetivos de este tipo de estudios que es la comparabilidad entre poblaciones. Luego del desarrollo de los listados diagnósticos (nosografías) con nivel internacional y con acuerdos generales sobre su utilización, se han podido confeccionar instrumentos con cierta confiabilidad cuya aplicación más reciente se encuentra en el estudio de OMS llamado Iniciativa de Encuestas en Salud Mental Internacional (WHO WMH Survey Initiative). No obstante, en la última publicación del mismo sorprende que en Italia la prevalencia sea de 8.2% y en Francia de 18.4% (sin mencionar diferencias mayores que aparecen en países de características muy diferentes.)

Otro inconveniente de la focalización en los trastornos en general es la diferente percepción del "malestar" en las personas, lo que produce variaciones importantes en los resultados de esta prevalencia global de trastornos. Esto ha tratado de ajustarse mediante la incorporación de instrumentos específicos y dejando de lado en la investigación o no considerando a los trastornos calificados como de baja "intensidad", o menos que moderados, en una escala de 3 grados. No obstante siguen persistiendo

importantes diferencias que hacen que estas investigaciones, no aptas para la vigilancia aún, deban ser más perfeccionadas.

Un tercer inconveniente para la utilización de esta categoría en los sistemas de vigilancia es el costo-beneficio, ya que suma por un lado la costosa realización y por el otro la utilidad de la información para toma de decisiones parece muy limitada, por cuanto los patrones de comportamiento de la demanda no parecen seguir las líneas de la prevalencia y más bien acomodarse a otras características de la población o del sistema.

Este comentario nos abre el camino para el apartado que continúa.

### **El "gap" entre necesidad y demanda**

Uno de los hallazgos que merece ser destacado, aunque aún no se haya aplicado como sistemas de vigilancia epidemiológica, es la preocupación que aparece en las investigaciones de los países desarrollados con respecto a la brecha o "gap" entre las necesidades de la población y la demanda efectiva de servicios en busca de mejorar las condiciones de salud. En este caso en particular entre necesidades en materia de salud mental detectadas mediante los instrumentos señalados arriba y la demanda de servicios de salud mental.

Mientras las escalas de detección informan de prevalencia que groseramente oscila entre 10 y 30 %, la población efectivamente atendida escasamente constituye una tercera parte. Los estudios comienzan a preocuparse entonces de las diferencias entre la calificación "académica" de trastorno (constituida por los manuales diagnósticos y las descripciones sintomáticas) y la calificación de las personas (constituida por su propia percepción de necesidad de ayuda). Diferencias que se podrían explicar por muchas razones, pero que todavía esperan por mayor claridad. Esta circunstancia no es menor, porque hace a la organización de los servicios y la demanda que se espera por un lado y por otra parte emerge de inmediato la pregunta: ¿quiénes son los que no se tratan? La respuesta está apareciendo en las últimas investigaciones que muestran que, aunque una pequeña parte recibe tratamiento por medio de recursos alternativos, igualmente queda una porción sin demanda manifiesta en los servicios de salud.

Es entonces por todas las razones comentadas que el enfoque en trastornos en general no se muestra productivo a los efectos de la vigilancia, siendo en cambio, como se verá, mucho más prometedores los focos concentrados en ciertas patologías.

### **La patología "emergente"**

La psiquiatría tradicional y la salud mental vinculada a la medicina reconocen categorías de enfermedad que tienen límites bastante precisos y que representan modificaciones definidas en algunos de los campos del psiquismo: el cognitivo, el del pensamiento, el de los afectos, el de la voluntad y algunas alteraciones de la conducta. En las últimas décadas, desde mediados del siglo pasado, han aparecido manifestaciones que son claramente alteraciones de los comportamientos sociales y que tienen alguna vinculación con modificaciones de espacios psicológicos, pero que no se encuentran bien representadas en los listados de patología, por razones variadas y que no intentamos abordar aquí.

Estas manifestaciones son estudiadas desde distintos campos, podríamos decir que cabalgan entre el conocimiento médico tradicional, el psicológico de raíz médica y el sociológico, que posee categorías de análisis diferenciadas. Precisamente las categorías sociológicas son paralelas con las epidemiológicas, ya que comparten la base de referencia. Lo sustantivo es que ninguna de las aproximaciones por sí misma es capaz de proveer de un marco comprensivo y es la epidemiología de salud mental la que más se aproxima a aportar los diversos enfoques que estos problemas requieren. De allí que al examinar todo el campo de los temas abordados en distintos países por la "epidemiología de salud mental", destacan como importantes los que se refieren a violencia, doméstica o social, y al uso de sustancias. El impacto en la patología como daño personal (uso de drogas o alcohol) y como daño asociado (accidentes, sida, lesiones) es suficientemente importante como para justificar el montaje de los sistemas de vigilancia, que requieren como se ha visto un mecanismo complejo.

## **Alcoholismo y drogadependencia**

Entre las "emergentes" el uso de alcohol y droga como reductor de las tensiones (categoría psicológica) se ha generalizado. Muchos trabajos entre los relevados apuntan a sistemas de información sobre las modalidades de uso, las asociaciones con variables sociodemográficas (categorías sociológicas) y al examen de condiciones asociadas que se muestran como factores protectores o de riesgo (categorías epidemiológicas.)

No hemos encontrado ningún sistema instalado de vigilancia específico del uso de alcohol; sí en cambio referido a drogas, existe uno en la ciudad de Bogotá.

En Argentina, los trabajos de encuestas para determinar los patrones de uso realizados por Míguez, al comienzo como parte del programa PEPSI y posteriormente desde la SEDRONAR, van determinando que estos problemas comprometen realmente la salud privada y la pública y se convierten en un objetivo serio e importante de vigilancia con resultados que prometen ser costo-efectivos.

## **Violencia**

Dos clases de violencia se registran en distintos lugares: la social (Cali, registros de homicidios) y la doméstica, dentro de la cual se distingue la de género (hemos encontrado investigaciones o reportes de centros de atención, pero no sistemas implantados vigentes. La Florida (Chile), un sistema que reportaba violencia desde los centros de atención primaria, comenzó y terminó su vida como prueba piloto.

Respecto de la violencia doméstica se han creado múltiples espacios de asistencia, con diversa dependencia (gobiernos, salud, policía, etc.) en todo el mundo; con capacidad de reportar a sistemas de registro y análisis.

Un tema que ha ganado los medios en Argentina, aunque conocido en Estados Unidos es la violencia escolar, que constituye un capítulo especial. En este campo la preocupación de las autoridades educativas está generando potenciales sistemas de vigilancia, en condiciones de proveer información valiosa.

## **Ejemplos de Sistemas de Vigilancia de Violencia citados por OPS**

A continuación se transcriben algunos ejemplos, citados por el Programa de Enfermedades No Trasmisibles dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud<sup>6</sup>, de casos específicos que se han desarrollado o se vienen desarrollando en países de América Latina y el Caribe, y que se encuentran en distintas etapas de su desarrollo.

### **Colombia. Epidemiología de la violencia (DESEPAZ), Cali.**

En la ciudad de Cali funciona desde el año 1992 el programa de prevención de violencia Desarrollo, Seguridad y Paz (DESEPAZ).

El sistema de vigilancia proporciona informes semanales sobre mortalidad por lesiones por causa externa. Esto permitió realizar el monitoreo del programa. Pudo comprobarse que el mismo ha contribuido en la disminución de los homicidios, que fue de un 30% en un período de 5 años.

Otros resultados del sistema de fue contribuir al estudio de la violencia contra mujeres, a la evaluación políticas con relación a legislación sobre la portación de armas de fuego, el uso obligatorio de cascos en motocicletas, la restricción del consumo de alcohol y uso obligatorio del cinturón de seguridad en automóviles. También ha servido para identificar áreas de alto riesgo de accidentalidad de peatones en vías públicas y zonas urbanas en las que la violencia es un problema mayor.

### **Colombia. Instituto de Medicina Legal, Bogotá.**

El sistema de información del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, está a cargo del Centro Nacional de Referencia de Violencia (CNRV), el cual centraliza la información de las oficinas de medicina legal del país y por ende permite una descripción más completa de la situación a nivel nacional de lesiones por causa externa. Funciona desde 1994, hace publicaciones periódicas generales y específicas para el país o por ciudad. En particular ha proporcionado interesantes análisis de seguimiento a políticas públicas de alcaldes de Bogotá. La tasa de homicidios en la capital colombiana también ha disminuido en cerca de 50%, lo que ha podido documentarse por la información del CNRV. Ha sido de utilidad para orientar legislación sobre porte de armas y aplicación de restricción de venta de alcohol. Por su estrecha colaboración con los laboratorios de patología de medicina legal, ha permitido iniciar algunos estudios específicos sobre violencia, como estudios de balística en casos de homicidio.

### **Ecuador. Alcaldía de Quito.**

Se inició un proceso con la Alcaldía Metropolitana de Quito con el fin de contribuir a la seguridad y prevención de violencia en el Centro Histórico de la ciudad. Inicialmente se enfocó en la disminución de delitos contra las personas (violencia intrafamiliar y lesiones personales) y la propiedad. Se

---

<sup>6</sup> OPS / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Trasmisibles. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.



estableció un Comité Técnico entre la Alcaldía, comisarías de familia, hospital, seguro social y policía. Se creó un formulario unificado que sirvió como base para un estudio piloto en el que se identificaron fortalezas y debilidades del proceso de recolección de información.

Posteriormente se decidió extender el proyecto en forma permanente al resto de la ciudad. Se han incluido otras instituciones como medicina forense y las autoridades de tránsito como fuentes adicionales de datos. El formulario unificado contiene cuatro acápite: 1) datos institucionales; 2) datos de identificación de la víctima (variables demográfico sociales de persona); 3) características del hecho (variables de tiempo, lugar y circunstancias); y 4) datos de identificación del presunto agresor. Las instituciones definidas para participar en esta prueba fueron: 1. Policía Judicial, 2. Hospital Eugenio Espejo, 3. Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia, 4. Centro de Salud #1, 5. Patronato, y 6. Dispensario del IESS. Todas sirven a la población o transeúntes del CHQ.

### **Brasil. Vigilancia de lesiones, Río de Janeiro.**

La información producida por los SVE de la ciudad y el estado de Río de Janeiro, ha permitido elaborar un cuadro más exacto de las características de lesiones interpersonales en esta área. Recientemente, se ha logrado producir análisis sencillos tales como la distribución espacial de las lesiones por arma de fuego<sup>16</sup> y algunas asociaciones entre inequidades económicas y homicidios.

Estos sistemas mencionados tienen una fuerte actividad intersectorial, a continuación se incluyen otros ejemplos con estas características.

En Honduras, en 1999 y por decisión presidencial se formó un Comité Intersectorial de Prevención de Violencia, con participación directa de Ministros de Seguridad y de Salud, la policía, medicina forense, ONG de mujeres, universidades y otros, para mejorar los sistemas de información y generar proyectos de prevención. Actualmente se avanza en el proceso de organización. Los contactos entre las instituciones involucradas han permitido identificar serias inconsistencias en los datos que cada entidad produce. Inicialmente se registró información solamente sobre homicidios y se ha comprobado la necesidad de mejorar y unificar tal información. La OPS coopera con este proceso.

En Guatemala, para el caso de la violencia intrafamiliar y después de varios debates, se diseñó un formato único de registro de denuncias que puede ser presentado en cualquiera institución donde acuda la víctima. El formulario o "boleta" unificada permite tener un sólo registro de los casos. A este esfuerzo han contribuido grupos de mujeres, Procuraduría de Derechos Humanos, Secretaría Social de la Presidencia, centros de protección a la infancia, sector salud. El Programa Mujer Salud y Desarrollo de la OPS ha participado activamente en todo el proceso. Un Grupo de Trabajo es una coalición necesaria para la creación de un SVE. Además de mejorar la calidad de la información, facilita su disseminación e incrementa las posibilidades de investigación y reporte de datos.



## Suicidio

Desde siempre ha sido el tema príncipe de la frontera entre lo médico, lo psicológico y lo sociológico. Durante muchos años y desde el comienzo de los registros la tasa de suicidio se mantenía aproximadamente constante para cada país. Hace unos 20 años este valor que era fijo comenzó a moverse, hacia arriba en la mayoría de los países, y hacia abajo en aquellos que desarrollaban algún tipo de actividad de prevención programada. Lo que más alarma es que el crecimiento de la tasa se produce con marcada intensidad en las edades comprendidas entre los 15 y 25 años y además que están emergiendo casos de suicidio o intentos entre individuos aún más jóvenes.

Nuestro país cuenta con muchos e interesantes trabajos en evaluación de riesgo suicida o de conductas gobernadas por ideación de muerte entre los jóvenes (María M. Casullo)

San Pablo (Brasil) dispone de un sistema de registro de los intentos con foco en los servicios de emergencia de los Hospitales de la ciudad y que provee de información adecuada a la Secretaría de Salud.

Las publicaciones internacionales señalan que se trata de un problema local, en el cual las diferencias culturales influyen mucho y por lo tanto los programas deben adaptarse a cada región.

## Demencias

También aquí Argentina tiene una larga tradición de investigación, con los trabajos que Fernando Pagés Larraya ha desarrollado desde el Programa Pepsi. La demencia es una patología en crecimiento debido al cambio en la estructura etárea y quizás a otros factores que intentan investigarse, y se avizora como un grave problema de futuro, especialmente por el grado de incapacidad e invalidez que conlleva.

La ciudad de Nueva York ha desarrollado un sistema de vigilancia que intenta evaluar necesidades asistenciales futuras y eventuales factores de riesgo. En este aspecto los países del hemisferio norte tienen la espada de Damocles de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob y la vigilancia se impone más como alerta que como fuente de información de factores asociados

## Psicosis

No hemos encontrado ningún sistema que produzca vigilancia de la patología clasificada como psicosis. Incluso nos ha llamado la atención que en las últimas investigaciones de prevalencia no aparece individualizada la esquizofrenia y esté formando parte probablemente de un grupo de trastornos mencionados como graves. Esto sucede tanto en los trabajos de países centrales como en algunos de países en desarrollo.

En nuestros países entendemos que el problema con las psicosis reside en la salida inadvertida de los sistemas de atención y que la vigilancia podría ser útil en tanto monitoreo de permanencia.

## 6. Los “usuarios” de la información

Esta Etapa de la investigación estuvo dirigida a recoger información de parte de los que hemos definido como usuarios.

En el marco de la presente investigación se entiende por usuario aquella persona que puede utilizar la información para vigilancia epidemiológica en cualquiera de sus tres funciones: análisis, toma de decisiones e investigación.

Se seleccionaron los informantes clave que se listan en el Anexo 1. Para determinarlos se realizó una reunión del equipo de investigación y se consultó a la Dirección Nacional de Salud Mental, al Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina y a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Para la realización de las entrevistas a los informantes clave se diseñó una encuesta/guía ad-hoc que se adjunta como Anexo 2.

Cabe destacar la buena disposición de todos los entrevistados, así como su especial interés en el objetivo de la investigación.

Las entrevistas se realizaron de acuerdo a lo previsto excepto en el caso de la asesoría específica para el Programa de Violencia Escolar del Ministerio de Educación de la Nación la cual no ha respondido a la solicitud de entrevista.

Sobre la base de las entrevistas efectuadas se resumen a continuación los puntos sobresalientes de los resultados genéricos de la misma:

### **Pregunta: ¿Qué información recibe?, ¿Le resulta suficiente?**

La información que reciben los usuarios es fundamentalmente información de estadísticas prestacionales y suelen estar insatisfechos con la información que reciben.

Probablemente exista una elevada exigencia o expectativa a la hora de evaluar la información que reciben. Esto genera un cierto grado de frustración, presente en la mayoría de los entrevistados, lo cual confirma la pertinencia del objetivo de la presente investigación.

### **Pregunta: ¿La reciben a tiempo?**

Con respecto a la oportunidad en la recepción de la información el panorama es disímil, mientras que para unos la información les llega a tiempo para otros no.

Los circuitos de la información que se produce siguen flujos particulares para cada jurisdicción y los responsables de salud mental, principales usuarios de la misma, circunstancialmente están ubicados en algún nodo del flujo y en esos casos la disponen oportunamente. En otras ocasiones están fuera de la línea o circuito por lo que el informarse es una tarea adicional, que requiere un esfuerzo extra y siempre de resultado incierto.

### **Pregunta: La fuente**

Lo mismo puede afirmarse para las fuentes, que en oportunidades están bajo la línea ejecutiva de estos usuarios pero en la generalidad de los casos la fuente no depende ni es controlada ni supervisada por el responsable de salud mental.

### **Pregunta: Confiabilidad**

Con respecto a la confiabilidad de la información la principal debilidad señalada, apuntando al valor epidemiológico de la misma, es la irregularidad en el conocimiento y en el manejo de sistemas compartidos de nomenclatura.

Los usuarios se están refiriendo aquí a la resistencia existente por parte de los profesionales con tareas asistenciales, especialmente psicólogos, para "catalogar" los trastornos por los cuales consultas sus pacientes.

Por otra parte se duda también de la integridad.

### **Pregunta: Capacidad de la fuente**

Dado que en muchos de los sistemas la fuente de producción no depende de la línea ejecutiva de salud mental, la capacidad de gestión sobre la misma se encuentra muy limitada. Esto obstaculiza las estrategias de mejora como capacitación, supervisión, implementación de incentivos, etc.

### **Pregunta: Sistemas de alerta**

La consulta respecto de la disponibilidad de algún sistema de alerta relacionado con salud mental fue respondida casi invariablemente de forma negativa. No existe en ninguna de las jurisdicciones entrevistadas un dispositivo que permita utilizar la información con capacidad de producir alerta de forma sistemática, a excepción de un solo caso.

En la provincia de Buenos Aires, la subsecretaría de Atención de las Adicciones posee un sistema de notificación para informar desde la red de asistencia cualquier variación en el patrón de utilización de sustancias (nuevas sustancias, cambios en la vía de administración, etc.).

Cabe destacar que los Centros de Estudios Locales (CELs) que se implementaron desde la SEDRONAR producen un sistema de alarma local. Si bien se trata de un sistema de alerta, el mismo no responde al modelo tradicional en el cual el análisis, la difusión de los resultados y la toma de decisiones se realizan a niveles más técnicos.

A modo de ejemplo este modelo se incluye como Anexo III un recorte del diario La Nación donde se lo puede observar operando.

### **Pregunta: Utilización del sistema de alerta**

Tal como se señaló, el único caso de sistema de alerta en nuestro país es el implementado por la Subsecretaría Atención de las Adicciones la provincia de Buenos Aires. Como ejemplo de la utilización del mismo se puede mencionar el alerta que generó la detección de la aparición de la pasta base de cocaína en esa jurisdicción.

### **Pregunta: Tipo y grado de análisis de la información que recibe como para tomar decisiones**

En cuanto a la posibilidad de tomar decisiones basadas en la información actualmente recibida, las respuestas fueron prácticamente unánimes señalando que es en general incompleta; y cuando se obtiene con una cobertura apreciable, carece de confiabilidad. Por otra parte la información suele arribar cruda y con poca posibilidad de ser analizada.

### **Pregunta: ¿Qué otro tipo de información necesita?**

Consultados acerca del tipo de información que consideran necesaria para la vigilancia epidemiológica en salud mental mencionaron textualmente lo siguiente:

1. Diagnósticos de las consultas
2. Precursores de drogas (por ejemplo: permanganato de potasio)
3. Impacto de las acciones preventivas
4. Inducción de la publicidad sobre el consumo de sustancias
5. Información permanente de parte de los servicios de emergencia sobre eventos vinculadas al consumo de alcohol
6. Trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos
7. Intoxicación alcohólica
8. Trastornos de la infancia y la adolescencia
9. Seleccionar eventos marcadores
10. Judicialización de las internaciones
11. Información del sector no público
12. Violencia doméstica
13. Oferta de servicios de áreas sociales que propendan a la salud mental
14. Evaluación de programas de atención primaria
15. Motivo de consulta
16. Encuestas de síntomas
17. Necesidades sentidas
18. Indicadores de salud mental

## Listado de eventos ¿Qué es vigilancia epidemiológica?

Tal como fuera definido en la primera etapa de la investigación y según la Organización Mundial de la Salud, un Sistema de Vigilancia Epidemiológica se distingue por realizar una "recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión"<sup>7</sup>.

## La vigilancia en Salud Mental en Argentina

Si bien los consultados manifestaron su preocupación por la vigilancia epidemiológica en salud mental, casi ninguno de ellos está utilizando algún sistema que pudiera semejarse a la definición de vigilancia epidemiológica expresada arriba.

Al mismo tiempo al tratarse en general de usuarios que también producen información, expresaron la lista de dificultades con las que se enfrentan para cumplir la aspiración de disponer de sistemas de vigilancia.

Como un anticipo al informe final nos ha parecido de gran importancia señalar que en general hemos encontrado una gran exigencia de perfección, la cual obstaculiza, por no decir que torna imposible, la concreción de algún sistema de vigilancia. Como se verá más adelante los pocos sistemas que funcionan admiten una cuota de imperfección que no los invalida como sistemas de vigilancia y que es necesario tolerar para su funcionamiento.

De modo que el informe de eventos que los usuarios quisieran disponer es extenso y se basa en expectativas de perfección respecto a las herramientas óptimas útiles para la gestión o la investigación. No obstante esta extensión, en este informe describiremos todas las demandas recibidas, a pesar de que en muchos casos se las podría calificar de registros no costo-efectivos.

Otra razón por la que no se han desarrollado estos sistemas en nuestro país es que no se ha advertido su costo-utilidad. Para ciertos eventos, su vínculo con los problemas de salud mental no resulta tan evidente, tal el caso de la violencia, los accidentes, etc. En otras ocasiones el esfuerzo de montaje de un sistema de vigilancia parecería no compensar en términos de impacto en salud pública, este es el caso de las psicosis y demencias, en las que además hay poca posibilidad de intervención para reducir su incidencia. Una razón complementaria es que para responder a la prevalencia, se debe operar a través de los sistemas asistenciales, los cuales obtienen su información más apropiada de los estudios de demanda.

Como resumen diremos que los sistemas actualmente en operación y que ofrecen información útil para la toma de decisiones se encuentran casi exclusivamente en el campo de las adicciones.

---

<sup>7</sup> OPS / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Trasmisibles. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.

## Sistemas que funcionan actualmente en Argentina

Los sistemas que hemos encontrado en funcionamiento en nuestro país son:

- a- Observatorio de drogas de la Provincia de Buenos Aires
  - 1. Encuesta periódica de consumo (domiciliaria y realizada por la jurisdicción)
  - 2. Ventanas de observación en los servicios de emergencia, comisarías, escuelas.
  - 3. Actividad centinela de los centros asistenciales
- b- Observatorio de la SEDRONAR
  - 1. Encuesta de uso de sustancias en colaboración con INDEC
  - 2. Centros de estudios locales
- c- Sistema de registro de epilepsias en la provincia de Buenos Aires
- d- Sistema de estudio de diagnósticos de internación en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- e- Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SINAVE)

### a. Observatorio de drogas de la Provincia de Buenos Aires

#### a1. Encuesta periódica de consumo

Se trata de una encuesta domiciliaria realizada por la jurisdicción.

- Evento

Investiga hábitos de consumo manifestados por la población general y definidos según parámetros internacionales; obteniendo datos de sustancia, frecuencia, inicio y periodicidad.

- Captura del dato

Método de encuestas domiciliares bi-anales con recursos propios de la jurisdicción.

- Flujo

El dato es producido mediante la encuesta que se recibe en la Secretaría de Adicciones de la Provincia, donde es analizado por un equipo de especialistas.

- Análisis

Está mencionado en el punto anterior. Se contrasta con información de base de años anteriores y con patrones internacionales a los que se ha ajustado la encuesta para su comparabilidad.

- Diseminación

Se distribuye a los organismos de gobierno de la provincia y se da a conocer por los medios de publicación habituales. Ver nota de La Nación del 26/05/05 en Anexo III.

## **a2. Ventanas de observación en los servicios de emergencia, comisarías, escuelas**

- Evento

Consultas de emergencia, actuaciones policiales o problemas escolares relacionados con el consumo de drogas o alcohol.

- Captura del dato

Encuesta de una semana de duración en sitios seleccionados.

- Flujo

El dato es producido mediante la encuesta que se recibe en la Secretaría de Adicciones de la Provincia, donde es analizado por un equipo de especialistas

- Análisis

Se compara la evolución en el tiempo buscando hacer visible el impacto en la salud física y el impacto económico.

- Diseminación

Se distribuye a los organismos de gobierno de la provincia y se da a conocer por los medios de publicación habituales.

## **a3. Actividad centinela de los centros asistenciales**

- Evento

Caso atípico por el tipo de consumo, por la vía de administración o el tipo de sustancia.

- Captura del dato

Centros Preventivos Asistenciales (CPA) en el momento de la consulta ambulatoria.

- Flujo

Comunicación inmediata a la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la jurisdicción.

- Análisis

Detección temprana de casos puntuales que revelan posibles cambios en los hábitos de consumo mencionados.

- Diseminación

Alerta a los centros asistenciales, a los organismos de gobierno de la provincia y se da a conocer por los medios de publicación habituales.

## **b. Observatorio de la SEDRONAR**

### **b1. Encuesta de uso de sustancias en colaboración con INDEC**

- Evento



Investiga hábitos de consumo manifestados por la población general y definidos según parámetros internacionales; obteniendo datos de sustancia, frecuencia, inicio y periodicidad, mediante preguntas incluidas en la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC.

- Captura del dato

Método de encuestas domiciliarias realizado por personal especializado en encuestas.

- Flujo

Desde el INDEC a los equipos de análisis de la SEDRONAR.

- Análisis

Se contrasta con información de base de años anteriores y con patrones internacionales a los que se ha ajustado la encuesta para su comparabilidad.

- Diseminación

Se distribuye a los organismos de gobierno y se da a conocer por los medios habituales de publicación y al público general.

## **b2. Centros de estudios locales**

Se trata de un sistema de acción local con énfasis en la toma de decisiones descentralizada y por ende posee una vigilancia también descentralizada. El sistema tiene una formulación genérica compatible con distintos modelos locales de funcionamiento. Cada uno de ellos está conformado por instituciones tanto públicas como de la sociedad civil que se apoyan en estructuras de coordinación preexistentes y por lo tanto diferentes para cada localidad.

- Evento

Patrones de consumo, acontecimientos vinculados con el consumo y con las consecuencias del mismo. Ver ejemplo en Anexo III (localidad de Chabás, provincia de Santa Fé).

- Captura del dato

Informe de cualquiera de las instituciones involucradas en el sistema.

- Flujo

A la estructura de análisis local y en algunos casos a los niveles centrales (SEDRONAR).

- Análisis

Dentro del sistema local según el modelo de análisis proporcionado por la SEDRONAR.

- Diseminación

Fundamentalmente local. Utilizando los sistemas de la SEDRONAR cuando reportan a nivel central.

### **c. Sistema de registro de epilepsias en la provincia de Bs. As.**

Se trata de un sistema de vigilancia tendiente a tener bajo control y prevenir las complicaciones de las personas que padecen epilepsia en la provincia de Buenos Aires, mejorando el acceso a los tratamientos.

- Evento

Nuevos diagnósticos de epilepsia, pacientes que abandonan el sistema de control.

- Captura del dato

El dato se obtiene en los centros de asistenciales de la provincia de Buenos Aires.

- Flujo

A los niveles de gestión de Salud Pública de la jurisdicción.

- Análisis

Se centra fundamentalmente en el aseguramiento de la accesibilidad a los tratamientos.

- Diseminación

En función de las necesidades de provisión de medicamentos.

### **d. Sistema de estudio de diagnósticos de internación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

- Evento

Internaciones en los sistemas asistenciales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires.

- Captura del dato

El dato se captura por un sondeo periódico que se realiza en servicios de internación psiquiátrica seleccionados. Para mejorar la confiabilidad de los datos se depura el diagnóstico con un experto que examina la información procedente de las instituciones.

- Flujo

La información llega a la Dirección de Salud Mental de la jurisdicción.

- Análisis

Se realiza con el fin de conocer la composición de la demanda en internación.

- Diseminación

Dentro de la estructura de gestión en salud mental y políticas de salud de la jurisdicción.

### **e. Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SINAVE)**

Se trata de un sistema proyectado por el SINAVE y en comienzo de ejecución.

- Evento

Casos de lesión por causa externa.

Captura del dato

A nivel de los servicios de emergencia. En el Anexo IV se adjunta la Planilla de Registro del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa.

- Flujo

Se analiza en el SINAVE.

- Análisis

Por tratarse de un proyecto en comienzo de ejecución el análisis en principio se hará por el equipo que diseñó el proyecto.

- Diseminación

A los distintos niveles políticos y de gestión del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

## ¿Qué información reclaman los usuarios?

En las diversas entrevistas se incluyó una pregunta dirigida a conocer la expectativa de los usuarios respecto de los eventos sobre los que quisieran tener información en un formato similar al de la vigilancia.

A continuación enumeraremos y describiremos los eventos que fueron identificados por los entrevistados.

### 1. Diagnósticos de las consultas

Es un pedido generalizado. La mayor parte de los usuarios desearían disponer de información lo más detallada posible sobre la demanda que concurre a los sistemas bajo su control al mismo tiempo que señalan las dificultades para obtener esta información.

Las mismas se concentran en:

- problemas propios de los profesionales: poco hábito de registrar, desgano para registrar, falta de incentivo para hacerlo, desconocimiento de las nosografías existentes, rechazo a la nosografía
- problemas del sistema de registro: baja confiabilidad de los registros, duplicación
- sistema de flujo de la información: generalmente los usuarios entrevistados no están en el camino que sigue la información

### 2. Precursores de drogas (Ej. Permanganato de potasio)

Esta referencia fue recogida en la entrevista con el ex-secretario de la SEDRONAR, Dr. Ricardo Grimson y se refería a la posibilidad de vigilar la producción y el flujo de los precursores como sistema de alerta.

Durante la presente investigación fue sancionada la ley que crea el registro que permitirá vigilar precisamente estas sustancias químicas.

### **3. Impacto de las acciones preventivas**

Un funcionario manifestó su especial interés por medir la efectividad de las distintas acciones preventivas en términos de impacto sobre el patrón de consumo.

### **4. Inducción de la publicidad sobre el consumo de sustancias**

En el mismo organismo nos fue comunicado el interés por investigar la influencia de la publicidad en las pautas de consumo de sustancias.

### **5. Intoxicación alcohólica**

Las importantes consecuencias del consumo de alcohol justifican la necesidad de poseer información acerca de los cuadros de intoxicación alcohólica aguda, tan frecuentes en los servicios de emergencias como en las actuaciones policiales vinculadas a distintos hechos como accidentes y violencia.

### **6. Información permanente de parte de los servicios de emergencia sobre eventos vinculadas al consumo de alcohol**

Una de las formas de hacer visibles las consecuencias del consumo de alcohol y por ende la importancia de diseñar e implementar políticas eficaces es a través de la medición del daño asociado al consumo.

Poseer información permanente de parte de los servicios de emergencia sobre eventos vinculados al consumo de alcohol permitiría estar alerta respecto de los cambios en el tipo de situaciones con las que el alcohol se asocia y por otro lado detectar cambios en las pautas de consumo.

### **7. Trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos**

Se trata de una patología prevalente, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años y tiende a seguir creciendo. Se estima además que en pocos años más se convertirá en una de las principales causas de discapacidad en el mundo con un alto impacto en la economía de los países.

Dado que se trata de una enfermedad altamente sensible a las condiciones socio-ambientales la información de vigilancia podría aportar datos locales que permitan adecuar las acciones sanitarias.

### **8. Trastornos de la infancia y la adolescencia**

Uno de los entrevistados sugirió que la vigilancia incluya información sobre las patologías más frecuentes ocurridas en la infancia y la adolescencia.

Es un área frecuentemente descuidada en el campo de la salud mental y en la que la disponibilidad de información podría aportar al conocimiento y ser de gran utilidad sanitaria.

### **9. Seleccionar eventos marcadores**

La necesidad de identificar eventos trazadores fue señalada por uno de los entrevistados como una estrategia posible para simplificar el sistema de vigilancia.

### **10. Judicialización de las internaciones**

Se trata de uno de los aspectos no dirigido estrictamente a la vigilancia pero si a la dificultad de algunos funcionarios para obtener resultados en las

políticas de desinstitucionalización. Estos funcionarios opinan que la divulgación de la información sobre la magnitud de las intervenciones judiciales en las internaciones podría alertar sobre la importancia de este componente y en consecuencia intentar modificarlo.

### **11. Información del sector no público**

Uno de los entrevistados destacó la importancia de incluir en la vigilancia, información proveniente de los servicios que no pertenecen al sector público, ya que en nuestro país proveen asistencia a una gran proporción de la población.

Esta opinión se basa en que en las principales jurisdicciones de nuestro país buena parte de la demanda de servicios de salud mental se canaliza a través del sector privado. Esto último es particularmente visible en el sistema de la seguridad social.

### **12. Violencia doméstica**

Se trata de uno de los aspectos que comienzan a ser vigilados en muchos países.

La violencia es a la vez consecuencia y causa de desajustes. Consecuencia en tanto emergente de situaciones de índole socio-culturales y causa en la medida que provoca situaciones de estrés psíquico.

### **13. Oferta de servicios de áreas sociales que propendan a la SM**

Uno de los entrevistados mencionó que para un conocimiento más acabado respecto a la oferta de servicios disponibles para satisfacer las necesidades de salud mental, es importante tener también información sobre los servicios provistos por otras áreas vinculadas, como son las áreas sociales.

### **14. Evaluación de programas de atención primaria**

La atención primaria es un importante espacio de resolución de problemas de salud mental. Algún usuario ha entendido que su información estaría incompleta si careciese de la posibilidad de visualizar lo que sucede en ese espacio.

### **15. Motivo de consulta ó consultas de primera vez**

Uno de los hallazgos que consideramos más importante de nuestra investigación es la posibilidad de establecer un registro de las consultas de primera vez.

### **16. Encuestas de síntomas**

Se han realizado en nuestro medio algunos estudios de presencia de síntomas por medio de encuestas domiciliarias.

Dos usuarios valorarían el hecho de poder contar con información proveniente de la replicación de estudios de este tipo.

### **17. Necesidades sentidas**

Se trata del equivalente al punto anterior pero observado desde la perspectiva del propio sujeto investigado.

## CUADRO 1: RESUMEN DE EVENTOS

Actualmente relevados	Deseados
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnósticos de las consultas</li> <li>2. Producción hospitalaria</li> <li>3. Emergencias vinculadas con el abuso de alcohol o drogas</li> <li>4. Epilepsia</li> <li>5. Suicidios</li> <li>6. Nuevo patrón en el consumo de sustancias</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnósticos de las consultas</li> <li>2. Precusores de drogas (Ej. Permanganato de potasio).</li> <li>3. Impacto de las acciones preventivas</li> <li>4. Inducción de la publicidad sobre el consumo de sustancias</li> <li>5. Información permanente de parte de los servicios de emergencia sobre eventos vinculadas al consumo de alcohol</li> <li>6. Trastornos del estado de ánimo, t. depresivos</li> <li>7. Intoxicación alcohólica</li> <li>8. Trastornos de la infancia y la adolescencia</li> <li>9. Seleccionar eventos marcadores</li> <li>10. Judicialización de las internaciones</li> <li>11. Información del sector no público</li> <li>12. Violencia doméstica</li> <li>13. Oferta de servicios de áreas sociales que propendan a la SM</li> <li>14. Evaluación de programas de atención primaria</li> <li>15. Motivo de consulta</li> <li>16. Encuestas de síntomas</li> <li>17. Necesidades sentidas</li> </ol>

Entendemos por eventos relevados (datos) todos aquellos eventos que se registran aunque no sea en todas las jurisdicciones o aunque existan dudas fundadas sobre su calidad.

Los eventos que se listan en la columna como "deseados" son aquellos que manifestaron los entrevistados.

## 7. Los “productores” de información

Para comprender la capacidad de producción de información de las unidades fueron entrevistados

Esta etapa de la investigación estuvo dirigida a recoger información de parte de los que hemos definido como “productores” de información

Entendemos por productores a todas aquellas personas, Instituciones o Sistemas que actualmente capturan o producen algún tipo de información que pudiera resultar de utilidad en función de lo requerido por los “usuarios” y de los hallazgos de las búsquedas bibliográficas. Esta producción hemos tratado de investigarla en el sitio primario (lugar donde se registra el dato original) puesto que nuestra investigación se proponía la sugerencia de modificación de ese registro entre uno de los resultados a obtener.

Se seleccionaron “productores” tratando de obtener ejemplos desde cada uno de los sistemas que conforman el proceso asistencial de la salud mental y de otras fuentes que no pertenecen al sistema asistencial pero cuyos datos pudieran resultar significativos para la vigilancia. A ellos se los entrevistó en profundidad mediante un cuestionario preestablecido. Este cuestionario se diseñó en función de los resultados de las etapas anteriores y de los seminarios de análisis que se llevaron a cabo. El formulario se adjunta como Anexo VI.

Las preguntas que se dirigieron a los productores buscaban determinar los eventos que se informaban de rutina y dentro de ellos averiguar las cualidades que más adelante se apreciarían para determinar la utilidad del mismo como fuente de información para la vigilancia, o la posibilidad de volverlo utilizable con pequeñas modificaciones.

Asimismo se buscaba conocer el grado de participación del productor en la definición del evento registrable o en la modalidad de registro, de modo de juzgar la aceptabilidad de cualquier modificación sugerida. Otro interés en la encuesta era determinar la confiabilidad y homogeneidad del registro y la capacitación de los productores directos. La presencia o ausencia de formularios precisos y definidos y si el diseño de los mismos era local o central. Nos interesaba saber, siempre en la intención de reconocer la calidad del dato, si existía algún control sobre su registro y por último si la persona responsable de la emisión del dato conocía la función que el mismo cumplía dentro del sistema de información, su recorrido y si tenía o no propiedad sobre el análisis o la utilización del resultado del análisis.

### ¿Qué información producen los productores?

Sobre la base de las entrevistas efectuadas nos encontramos que la información producida, salvo situaciones en el que el productor y el usuario coincidían, tenía muy pocos puntos de contacto con la requerida para la vigilancia por parte del usuario. Esto significó que hubo que decidir por una vía alternativa y más “primitiva”.



De modo que en lugar de sugerir alguna modificación en el registro o en el camino del dato, procedimos a analizar la fuente en su totalidad, para estimar su valor dentro del sistema y su consecuente capacidad de ofrecernos información para el análisis.

Esto dotó a la investigación de una riqueza inesperada, ya que nos permitió una visión de conjunto que es la que en definitiva nos llevó a sugerir como resultado final la concreción de una "sala de situación" en la que consolidar los esfuerzos de sistematización de la vigilancia.

## 8. Conclusiones y recomendaciones

Para iniciar este capítulo queremos destacar un resultado indirecto pero que consideramos importante de nuestra investigación y cuya descripción ayuda a enfocar las cualidades y objetivos de los sistemas de vigilancia.

Se trata de tres ejes que a nuestro juicio caracterizan o asignan propiedades a estos sistemas: Localidad-Centralidad, Interdisciplina-Intradisciplina y Estabilidad-Variabilidad.

A continuación clasificamos en dos grandes grupos los objetivos de los sistemas de vigilancia que nos parecen útiles en salud mental para nuestro país, para finalmente describir los eventos o las unidades de sistema; cada una de ellas con una o varias fuentes de información.

De cada uno de ellos se analiza su importancia, la cualidad del sistema de vigilancia, su utilidad, la disponibilidad actual de los datos y el esfuerzo que sería requerido para implementar un nuevo sistema o fuente o mejorar lo existente.

El capítulo concluye con una propuesta para implementar una "sala de situación" como paso fundante para la consolidación de un sistema integrado de vigilancia de salud mental en Argentina.

### Localidad / Centralidad:

Este eje gira entorno al lugar donde se encuentra el peso de operativo del sistema.

Una de las características que hemos identificado en los sistemas de vigilancia y que surge como un aspecto esencial en su diseño y puesta en marcha son los distintos niveles en los cuales se analiza la información y se toman las decisiones que de ella surgen.

Es decir que la información producida por un efector de salud por ejemplo, puede ser analizada y utilizada por niveles centrales como por ejemplo un ministerio de salud, pero también por el propio efector o alguna instancia intermedia dentro del circuito que recorre la información.

La importancia de esta distinción radica en que apunta al énfasis que una u otra concepción ponen en el empowerment.

Mientras la descentralización enfatiza y estimula el compromiso local con el sistema aumentando su capacidad de análisis y la respuesta a los problemas detectados, poner el acento solamente en la disponibilidad central del dato podría esterilizar la iniciativa local en la toma oportuna y temprana de decisiones.

En los ejemplos que hemos podido ver es nuestra opinión que es posible la sinergia entre las dos concepciones.

Consideramos que dentro del material relevado como existente no se encuentra suficientemente enfatizado el provecho local de la información, sino que parece primar la tendencia a la concepción como sistemas centralizados,

útiles únicamente para tomas de decisiones en los más altos niveles del sistema de salud. Esto atenta contra el compromiso del efector local con la producción de los datos.

## **Intradisciplina / Interdisciplina:**

Este eje describe el grado de participación de fenómenos ajenos a la salud y especialmente a la salud mental, como es el caso de los fenómenos vinculados con la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas, en los que intervienen en la génesis del fenómeno factores sobre los cuales el sistema de salud y de salud mental poseen escasa o nula capacidad de control.

Del mismo modo el mayor impacto de estos problemas en términos de daño recae sobre la sociedad en su conjunto tanto como sobre la salud de los individuos afectados.

No obstante, cuando se aborda este tipo de problemas se los piensa como a cargo del sector salud y más específicamente de salud mental, en función de que se encuentra profundamente involucrada la conducta humana.

En el otro extremo de este eje podemos situar a la esquizofrenia, como ejemplo de trastorno en el cual la participación en su génesis de factores sociales es mínima o nula. Este eje gira entonces en torno de lo que podríamos llamar la autonomía del sistema de salud en la obtención de los datos.

## **Estabilidad / Variabilidad:**

Otro de los ejes que califican las distintas condiciones o fenómenos a vigilar es el mayor o menor grado de variabilidad en su aparición.

Existen eventos muy variables y sensibles a las intervenciones, como por ejemplo el alcoholismo y en el otro extremo nos encontramos con patologías de una gran estabilidad y poco o nada susceptibles a cambios, como la esquizofrenia.

### **Dos grandes grupos según los objetivos de los sistemas:**

En función de este último eje se abren dos grandes objetivos o misiones sustanciales de los sistemas de vigilancia en salud mental:

1. Aportar información que permita tomar medidas tendientes al control o la disminución de la ocurrencia de un fenómeno no deseado. Como ejemplo: el caso de las lesiones externas vinculadas al uso de alcohol.
2. Aportar información que permita disminuir la brecha de pacientes no asistidos. Ejemplo: aumentar la proporción de pacientes con esquizofrenia bajo tratamiento, reduciendo la "distancia" entre necesidad y demanda.

## Eventos o Unidades de un Sistema de Vigilancia en Salud Mental

A continuación se identifican, describen y analizan los grandes “capítulos” para la vigilancia en salud mental, aquellos que consideramos sustanciales como resultado de la presente investigación.

Cada uno de estos capítulos trata algún fenómeno que resalta al ojo del observador atento a los problemas de salud y para los cuales no hemos encontrado un eje taxonómico que nos posibilite su adecuada ubicación en una misma clase. Estos capítulos toman información de distintas fuentes, que a veces comparten.

Estas fuentes constituyen nuestra unidad de análisis y en ellas hemos identificado y estudiado una serie de propiedades que los hacen más o menos factibles, más o menos útiles, y más o menos requeridas de un esfuerzo de implementación-consolidación.

A continuación se describen esas propiedades:

- a. La intencionalidad de la fuente (“Categoría” en el cuadro resumen). Entendemos por esta propiedad la cualidad de haber sido diseñada o construida para capturar o informar sobre el evento blanco del sistema o si por el contrario éste es un dato adicional que aparece en el sistema durante el registro de otros eventos.
- b. El nivel de cobertura que la fuente posee actualmente, el proyectado ó el deseado en el caso de sistema aún no implementado (“Cobertura”). Apunta a la cualidad de la extensión con la que la fuente en la actualidad aborda el evento en estudio.
- c. Oportunidad en la disponibilidad temporal de la información (“Oportunidad”). Representa el grado de inmediatez, en relación a la necesidad operativa, con la que la fuente entrega o podría entregar el dato.
- d. La confiabilidad resulta también un valor asignable a la fuente y se incorpora como una característica más a tener en cuenta (“Confiabilidad”). Representa la presencia/ausencia de sesgos potenciales.
- e. Hemos denominado “Producto que entrega” al dato que genera la fuente y utilizable para la vigilancia.
- f. La condición “Modalidad de análisis” se refiere al tipo de tratamiento actualmente producido o sugerido para los datos que entrega la fuente.
- g. Nos ha parecido al mismo tiempo de gran utilidad agregar algunas reflexiones relacionadas con la fortaleza y la debilidad de cada una de las fuentes o sistemas, entendiendo que estas condiciones son importantes a la hora de evaluar el costo beneficio de implementar, sostener o mejorar cada una de las fuentes descriptas.
- h. El eje centralidad-localidad está considerado en lo que hemos llamado “Nivel más importante de análisis”, entendiendo que se trata no solo del tratamiento de los datos sino también de la intervención frente al

problema, la que es finalmente la razón de ser de todo sistema de vigilancia.

- i. Por último hemos incluido nuestra opinión en lo que podemos llamar el punto de arranque para el mejoramiento, construcción o consolidación del sistema. A esta característica la hemos llamado "Necesidad de consolidación".

En las patologías o eventos que ya cuentan con un sistema de vigilancia o equivalente, o fuentes con buen desarrollo, hemos descrito cada una de esas fuentes y su potencialidad. En los casos en que esto no ocurre hemos propuesto las fórmulas de adaptación de los registros existentes.

## Alcoholismo y drogadependencia

El alcoholismo y el consumo de drogas son condiciones de gran importancia social y muy sensibles a distintos tipos de intervenciones en el campo de la salud.

Si bien ambos fenómenos difieren sustancialmente en lo que hace a su legalidad o ilegalidad, comparten por otro lado ciertas características en cuanto a su impacto en la salud y en las fuentes de donde se obtiene información para su seguimiento.

Los sistemas relevados para la vigilancia de los problemas vinculados con el consumo de alcohol y la drogadependencia en nuestro país operan fundamentalmente en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires, en el SEDRONAR y en el SINAVE. La información disponible puede obtenerse en cada uno de ellos además de la información que existe en economía, estadísticas vitales y en la superintendencia de servicios de salud.

La calidad de cada una de las fuentes es variable pero podemos asumir que las conclusiones del análisis del conjunto serían bastante representativas de la magnitud del problema y de los cambios que se producen en el tiempo.

Estas fuentes nos proveen información sustancialmente sobre tres fenómenos:

- a. el consumo de alcohol
- b. los hábitos de consumo de alcohol y drogas
- c. lesiones externas vinculadas al consumo de alcohol y drogas

Existen en el país dos Observatorios dedicados a relevar distintas expresiones del consumo y abuso de alcohol y drogas. Ambos se asemejan en el hecho fundamental a relevar y se diferencian por algunas exploraciones en grupos poblacionales específicos.

**El observatorio nacional dependiente de la SEDRONAR** entrega como salida el patrón de consumo, la edad de inicio, la participación del alcohol y la droga en lesiones y en delitos, características de la demanda asistida y el patrón de consumo en poblaciones seleccionadas (niños de la calle, población escolar). Esta información la entrega como principal salida del sistema.

La información sobre patrones de consumo es altamente representativa en la medida que los diseños muestrales son cuidadosos, la disponibilidad de la información es bastante cercana en el tiempo al fenómeno que vigila y es de alta confiabilidad.

La información sobre demanda y sobre la participación en lesiones externas no proviene de encuestas por lo que tiene un menor grado de cobertura y representatividad.

La integración de ambas informaciones posibilitaría un análisis de variación regional y temporal (periodicidad cada 3 o 4 años) y la evaluación del impacto en otras condiciones de salud.

Consideramos como fortalezas para esta fuente, su diseño, la profesionalidad del enfoque y la repetición establecida como política en función de normas internacionales.

Son debilidades a nuestro juicio la poca participación de los niveles locales en la obtención y análisis de los datos, así como que los datos son solamente validos para agregados. Como consecuencia de ello el principal nivel de análisis es central.

Sugerencia para esta fuente: fortalecimiento de la difusión para hacer operativo su uso en las distintas áreas locales.

**El observatorio de alcohol y drogas de la Provincia de Buenos Aires** presenta idénticas características al SEDRONAR respecto a su objetivo, cobertura, oportunidad y confiabilidad.

Además de las fortalezas señaladas para la SEDRONAR, como son su diseño, la profesionalidad del enfoque y la repetición establecida como política en función de normas internacionales, cabe agregar en este caso la fuerte penetración local a través de la red preventivo-asistencial que le posibilita un nivel de operatividad mas cercano a la población destinataria.

Dado que dispone de más de 180 efectores propios, la información que proporciona sobre demanda asistida resulta altamente confiable.

Sugerencia para esta fuente: fortalecimiento de los niveles locales a través de tecnología para el análisis y utilización de la información.

**El sistema nacional de vigilancia de lesiones (SIVILE)** dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación entrega una información accesoria a su objetivo principal (ocurrencia de lesiones externas) consistente en la participación del alcohol y la droga en dichas lesiones.

Su cobertura actual es media pero dado que es un programa de reciente inicio aspira a lograr expansión a nivel nacional.

La disponibilidad de la información es inmediata y la confiabilidad es reducida en función de que se trata de un dato adicional y que en la medida que puede representar un grado de compromiso para quien lo registra es posible un sesgo de subregistro.

Como hemos dicho informa el grado de participación de los tóxicos en las lesiones de causa externa, siendo este el modo de utilización de los datos.

Como fortalezas de esta fuente destacamos la cobertura nacional, el hecho de que se trata de un registro homogéneo y que proviene de una política establecida con posibilidades de consolidación, así como el desarrollo del nivel local de análisis y operación que se está produciendo.

Una debilidad ya señalada es el riesgo de subregistro.

Sugerencia para esta fuente: estudiar, con el objeto de mejorar, el problema de riesgo de subregistro. Por otro lado se señala la necesidad de análisis específicos para las salidas sobre alcohol y drogas.

**Los Centros de Estudios Locales (CELs)** son un desarrollo producido desde la SEDRONAR que consiste en la promoción de instancias descentralizadas con capacidad de producción de información relevante y oportuna en materia de alcoholismo y consumo de sustancias con un fuerte acento en el análisis e intervención local.

Están constituidos por distintos tipos de organizaciones de la comunidad, entre las que se encuentran especialmente representadas organizaciones de salud, educación y asistencia social. Posee una cierta homogeneidad en cuanto a la producción de información dado que se sostienen tecnológicamente en modelos de captura y análisis provistos centralmente.

El grado de cobertura es alto en las localidades involucradas pero dispar en los agregados a nivel nacional, porque cada centro local se apoya sobre instituciones hábiles para registrar fenómenos particulares y distintos según las zonas.

La oportunidad en la disponibilidad del dato es inmediata a nivel local y su confiabilidad es alta.

El producto que genera en términos de vigilancia es el análisis de todo tipo de evento asociado al consumo, con captura de información en las organizaciones que forman parte del CEL.

La modalidad local de análisis es fundamentalmente el estudio cualitativo de los casos, siendo lo más relevante su capacidad para operar en forma inmediata, la cual se constituye como la principal fortaleza de este tipo de sistema.

Otra de las fortalezas del sistema se desprende de la alta cuota motivacional que supone la participación voluntaria de los actores involucrados, pero que a su vez no permite garantizar la permanencia en el tiempo del sistema o de las personas entrenadas.

También como debilidad de estas fuentes debe señalarse la dificultad para producir información agregada representativa.

Sugerencia para esta fuente: promover y estimular la diseminación de este tipo de centros en la mayor cantidad de localidades posible.

Cabe destacar que se trata de un sistema con un claro énfasis en la acción.

Una última fuente aunque en este caso exclusiva para informar sobre el consumo de alcohol, está constituida por datos provenientes del **Ministerio de Economía**, que como información accesoria ofrece el consumo de alcohol por habitante, por regiones y por tipo de bebida.



La cualidad de cobertura y confiabilidad de esta información es alta, mientras que la oportunidad depende de los flujos habituales de la información estadística del Ministerio de Economía.

Se trata de un dato que complementa a los proporcionados por las otras fuentes y su valor reside en la "dureza", su cobertura y la facilidad para su obtención dado que figura en los reportes de actividad económica.

Se trata de un dato para ser utilizado exclusivamente a nivel central y quizás en alguna medida regional.

Durante el cierre de la presente investigación el Congreso Nacional sancionó la **Ley de Precursores** que apunta a la vigilancia de sustancias utilizadas en la elaboración de drogas y que fuera mencionada por uno de los entrevistados llamándola Vigilancia de Precursores. Se trata de una ley que obliga al registro de quienes participan en la cadena de producción, comercialización y uso de este grupo de sustancias y que permitirá a la SEDRONAR vigilar su movimiento.

Si bien por su naturaleza se trata de información claramente vinculada al control de la oferta de droga y por ende no resulta clara su utilización en la vigilancia desde el sector salud, hemos decidido mencionarla debido a la relevancia que le ha asignado la SEDRONAR.

### **Esfuerzo para implementar o consolidar la vigilancia:**

Teniendo en cuenta que los sistemas funcionando actualmente producen información de distinta naturaleza pero que pueden considerarse complementarias y que su integración permitiría una comprensión global del fenómeno, su evolución y consecuencias, consideramos que sería de suma importancia establecer un sistema central de consolidación de los distintos tipos de datos y fuentes de información.

Entendemos que la constitución de un grupo de análisis sería altamente costo efectivo, teniendo en cuenta que el mayor esfuerzo ya está hecho en los sistemas que están actualmente funcionando.

## **Violencia doméstica**

Consideramos sustancial la vigilancia de la violencia doméstica teniendo en cuenta los cambios culturales de la sociedad en conjunto y especialmente en el seno familiar. Para ello es posible obtener información de dos fuentes claramente diferenciadas:

- 1- Las "**oficinas locales de denuncia**", con distintos modelos y dependencia según jurisdicciones y cuyo objetivo principal es intervenir en todos los casos denunciados.
- 2- El **Sistema de Vigilancia de Lesiones Externas** (SIVILE) el cual contempla en su planilla de registro un ítem que califica a la lesión como originada por un hecho de violencia doméstica.

Teniendo en cuenta que las oficinas locales de denuncia no pertenecen al sector salud y que tampoco funcionan bajo un organismo que las coordine y centralice la información, es nuestra recomendación la detección de una o varias que se muestren efectivas y con las cuales se pueda establecer algún

tipo de acuerdo para el envío de la información. De esta información podría obtenerse la "incidencia" y los modos efectivos de actuar sobre ella.

El SIVILE (cuyas características han sido mencionadas más arriba) por su parte está comenzando a ofrecer información que puede ser analizada desde este punto de vista.

## Violencia escolar

En el curso de la investigación y en el tiempo inmediatamente anterior se produjeron en el país algunos hechos de violencia escolar (de dominio público) que nos estimularon para entrevistar a quienes podrían ser productores de esta información. Encontramos que las situaciones de violencia escolar son proteiformes y el enfoque no tiene homogeneidad ni siquiera en el ámbito de una misma jurisdicción. Esto nos condujo a considerar que no había suficiente consistencia como para ser considerada como posible fuente útil al sector salud y que se debe esperar la consolidación de los mecanismos de definición y circulación de información dentro del sector educativo.

## Suicidio / Intento de suicidio

La vigilancia de la problemática del suicidio, que constituye uno de los capítulos con más repercusión pública se impone en cualquier sistema de vigilancia que incluya la salud mental.

Para ello recomendamos la articulación de dos tipos de información complementarias entre sí, las cuales a su vez provienen de distintas fuentes:

- 1- La información sobre **suicidios consumados** proveniente de **Estadísticas Vitales**.
- 2- La información acerca de los **intentos de suicidio** que comienza a registrar el **Sistema de Vigilancia de Lesiones Externas** (SIVILE).

Las estadísticas vitales nos ofrecen una información certera aunque algo alejada en el tiempo, lo que constituye la principal debilidad de esta fuente.

Por su parte el SIVILE contempla un ítem destinado a informar acerca de la auto-intencionalidad de las lesiones externas, complementando de esta manera la información necesaria para la vigilancia del fenómeno suicidio.

Consideramos de suma importancia el aprovechamiento de la información que aporta el SIVILE.

## Vigilancia de morbilidad manifiesta

Una de las primeras quejas de los entrevistados fue la falta de información acerca de la morbilidad de la demanda de la población que consulta en los distintos servicios ambulatorios en salud mental.

Compartimos la preocupación de los administradores por conocer las características en cuanto a morbilidad de la población bajo cuidado y consideramos que esta necesidad podría ser estimada a través el conocimiento de los diagnósticos de todas las consultas de primera vez. Las cuales cumplirían también la función de alertar sobre cambios propia del sistema de vigilancia.

Estas consultas son las que realmente pueden producir información relevante y oportuna sobre cambios en las características de la demanda (cambios en los motivos de consulta ó diagnósticos y cambios en el perfil demográfico de la población consultante).

La actividad asistencial de los establecimientos produce información acerca de cada una de las "actividades", "prestaciones" o "consultas". Se trata de datos que se recogen de forma más o menos rutinaria por lo que la implementación de sistemas de captura para diagnósticos de primera vez resultaría factible sin necesidad de una gran inversión.

En todos los productores entrevistados hemos encontrado algún germen o producto desarrollado de información de diagnósticos de primeras consultas. Creemos que en los niveles centrales no se ha estimulado la homogeneización de este dato para hacer confiables los agregados.

Al comenzar el presente capítulo resaltamos que los sistemas de vigilancia pueden ser analizados en función de los tres ejes de centralidad-localidad, interdisciplina-intradisciplina y variabilidad-estabilidad.

Este sistema propuesto es un caso paradigmático de sistema de vigilancia de fuerte compromiso local, con beneficios inmediatos para el productor del dato en la planificación de los servicios pudiendo tomar rápidamente decisiones para su adecuación a los cambios en las características de la demanda, mejorar la accesibilidad e identificar necesidades no asistidas en el caso de tener población de referencia.

La información puede también "subir" hacia los niveles centrales sean estos una secretaria de salud municipal, la dirección medica de la obra social o el mas alto nivel ministerial nacional.

Utilidad del sistema:

1. Mejorar la planificación de los servicios a partir de un mejor conocimiento de la morbilidad de la población que demanda asistencia.
2. La implementación del sistema estimularía la discusión acerca de la capacidad diagnóstica promoviendo la capacitación de los profesionales y el llegar a consensos dentro de cada institución respecto de la forma de comunicación.

### **Disponibilidad actual de los datos:**

En todos los servicios se registra de distintas maneras el primer contacto que se establece con el paciente. Si bien existen variaciones en cuanto a la forma y confiabilidad con la cual se produce esta información, lo cierto es que se registra y esta disponible al menos para los responsables de los establecimientos y servicios.

El manejo de este tipo de información no ha tenido el desarrollo que merece como "sistema de vigilancia", quedando su potencial al menos parcialmente desaprovechado. Una de las posibles razones de ello es la idea de que la vigilancia es una actividad compleja, costosa y reservada a los niveles centrales del sistema de salud. Por otra parte hemos encontrado en los usuarios una gran exigencia de perfección, la cual obstaculiza, por no decir que torna imposible, la concreción de algún sistema de vigilancia. Lo cierto es

que los sistemas que hemos encontrado en la bibliografía admiten una cuota de imperfección que no los invalida como sistemas de vigilancia y que es necesario tolerar para su funcionamiento.

### **Recomendación:**

El recorrido de nuestra investigación nos ha mostrado la importancia del registro y análisis de los diagnósticos de las consultas de primera vez (o admisiones) y su potencialidad para constituirse en un sistema de vigilancia de bajo costo relativo y con capacidad de producir información oportuna para toma de decisiones en materia de planificación de servicios tanto a nivel local (servicios y establecimientos) como central (autoridades sanitarias, entes reguladores).

El primer paso para su implementación debiera ser la jerarquización de la actividad de registro y análisis de los diagnósticos de primera vez y su constitución como fuente de análisis local para los responsables de los servicios.

Este sistema podría comenzar en servicios que tengan la tradición de este registro y establecerlos como unidades de mostración y capacitación con la característica de unidades centinelas del sistema de **vigilancia de la morbilidad manifiesta**.

Cabe destacar que la sensibilidad de los sistemas diagnósticos solo permite calificar con categorías clínicas a una porción de la demanda y que el resto de las categorías define problemas o situaciones que si bien merecen atención no remiten a las "patologías clínicas". Este último grupo representa según estudios de otros países nada menos que el 50% de la demanda, razón por la cual resulta de sumo interés conocer qué representatividad tiene este grupo en el volumen de la demanda de servicios.

## **Vigilancia de "necesidades no atendidas"**

Entendemos por "necesidades no atendidas" la diferencia existente entre el número de personas que se estiman necesitarían asistencia por determinados trastornos en una población definida y los pacientes que efectivamente se encuentran bajo tratamiento o seguimiento en los servicios de salud. Esta medida es posible para ciertas patologías que incluyen entre sus características la cronicidad y de las cuales se conoce su prevalencia en la población general.

Este tema constituye una de las preocupaciones dominantes de los países centrales que destinan recursos a la investigación para medir esta brecha, evaluar su evolución y detectar las razones por las cuales los sistemas de salud no captan el total de la demanda potencial.

Para comenzar a vigilar necesidades no atendidas en materia de trastornos mentales en nuestro país se impone la organización de un **registro de pacientes en tratamiento con determinado tipo de patología**. El sistema podría comenzar con un registro de pacientes con diagnóstico de **esquizofrenia**, (nominados o numerados) lo cual permitiría, además de estimar la brecha necesidad-demanda, estimular a los responsables para fortalecer la adherencia. Un germen de este tipo de vigilancia (aunque para

otra patología: epilepsia) lo encontramos en la Prov. de Buenos Aires que mediante la entrega de medicamentos a la población nominada persigue un objetivo similar.

Teniendo en cuenta que, tal como fuera descrito, existe dentro del sistema de atención de las obras sociales nacionales una obligación de reporte de pacientes en tratamiento según patologías seleccionadas y se conoce con precisión la población de referencia, recomendamos que esta vigilancia se comience en este ámbito.

## **Nuestra propuesta: “Sala de Vigilancia de Salud Mental”**

Las distintas fuentes de información descriptas y/o propuestas constituyen un potencial que podría muy bien ser utilizado para obtener una imagen del bienestar emocional de la población de nuestro país si se las organizara con esta intención.

Por una parte los índices de morbilidad manifiesta así como las estimaciones de la patología no asistida nos dibujan un panorama de lo que hoy aceptamos como “trastornos” o “enfermedades” de naturaleza psiquiátrica.

Por la otra, la información sobre “patologías sociales” como las adicciones a las drogas y el alcohol, la violencia y el suicidio (como situación que cabalga entre ambas) nos aportan el complemento del estado de bienestar/malestar sobre el que se manifiesta el grupo de patologías clasificadas como “trastornos mentales”.

Este pasaje de una situación de mera fuente informativa o de “dato” a la más jerarquizada de información sobre el estado de salud mental de la población requiere de una “inteligencia específica” que las integre y analice. Para nosotros esta es la sala de situación de vigilancia de salud mental.

Esta sala sería la encargada de traducir a una información de mayor valor la proveniente de cada uno de los sistemas propuestos. Consideramos que esta “sala” o “sistema de vigilancia” puede implementarse en forma inmediata y ofrecer frutos rápidamente.

**SALA DE SITUACION**



## 9. Bibliografía

- Alonso J, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD / MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002;11(2):55-67.
- Alonso J, et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators . European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project . *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):8-20
- Aoun S, Pennebaker D, Wood C . Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors . *Ment Health Serv Res.* 2004 Mar;6(1):33-46
- Bermann S. Epidemiología psiquiátrica en Latinoamérica. *Revista colombiana de psiquiatría.* Vol. 2. Nº 1 Oct 1968
- Barrionuevo H. Hugo. Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental. Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.
- Caldas de Almeida J. y Torres González F. Ed. Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psíquicos. OPS-OMS. Washington. 2005.
- Caraveo J . La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental . *Salud ment;*8(2):20-2. Jun. 1985
- Concha-Eastman A., Guerrero R . Vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades . *Rev Panam Salud Pública* vol. 5 n.4-5
- Concha-Eastman A, Espitia V, Espinosa R, Guerrero R . La epidemiología de los homicidios en Cali, 1993 - 1998: seis años de un modelo poblacional. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*
- De Almeida Filho N . Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin-American studies. *Acta psychiatr. Scand* 1987;75:1-10
- de Almeida Filho N., Souza Sanana V., Mari J . Bases históricas de la epidemiología psiquiátrica . *Revista ABP-APAL*, vol. 9, nº 3, pp.107 - 112, 1987
- Falkowski C . An Epidemic with Staying Power: Underage Drinking . *Healthy Generations.* Vol 2. Issue 2 Sept 2001
- Ferrero A. Historia y estado actual de los estudios epidemiológicos en salud mental en América Latina. El caso argentino. *Acta psiquiát psicol Am lat.* 2003, 49(1-4): 97 - 106
- González de Rivera y Revuelta, JL, Rodríguez Pulido F, Sierra Lopez A . El método epidemiológico en salud mental, Barcelona, España Ed. Masson-Salvat Medicina, 1993
- Gutierrez Avila, H, Tovar Acosta, H. La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales . *Salud Pública Mex.* 1984 Sept - Oct Vol 26: 464-483
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J . Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project . *Actas Esp Psiquiatr.* 2003 Jul-Aug;31(4):182-91.
- Instituto Universitario ISALUD. Introducción a la Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Material de Cátedra de Políticas y Programas en Salud



- Mental. Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. Buenos Aires. 2004.
- Jablensky A . Research methods in psychiatric epidemiology: an overview . Aust N Z J Psychiatry 2002 Oct;36(5):715
- Jenkins R . Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning . Epidemiol Psychiatr Soc. 1998 May-Aug;7(2):120-6.
- Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Lewis G, Meltzer H, Petticrew M . The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--strategy and methods . Psychol Med. 1997 Jul;27(4):765-74.
- Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. Acta Psychiatr Scand. 2001 Jan;103(1):2-14.
- Kessler RC . Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions . Bull World Health Organ. 2000;78(4):464-74.
- Kessler RC . The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions -- the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand. 1999 Jan;99(1):2-9.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM . Screening for serious mental illness in the general population . Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):184-9.
- Kessler, RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS . The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. Vol. 289 No. 23, June 18, 2003.
- Kessler, Ronald C., Demler, Olga, Richard G. Frank, Ph.D.. Prevalence and Treatment of Mental Disorders 1990 to 2003. n engl j med 352;24 www.nejm.org june. 16, 2005
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B . The treatment gap in mental health care . Bulletin of the World Health Organization.2004, 82 (11): 858 – 866
- Kramer M . Some perspectives on the role of biostatistics and epidemiology in the prevention and control of mental disorders . Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1975 Summer;53(3):279-336.
- Lepine JP . Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety . J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 13:4-10; discussion 11-2.
- Lillquist P. Challenges in Surveillance of Dementias in New York State . Preventing Chronic Disease. Vol 1 N° 1. Jan 2004 . Disponible en [www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/lillquist.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/lillquist.htm)
- Martínez Navarro, Ferran. Vigilancia epidemiológica. Madrid. Editorial: McGraw-Hill interamericana. 2004.
- Miguez H . Aportes de la epidemiología comunitaria en la prevención del abuso de sustancias adictivas . Revista Peruana de Drogadependencias Vol 2 (1) Agosto 2004
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental. 1998.
- Nissinen A, Berrios X, Puska P . Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing

- ones . Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (10):963-970
- Oficina General de Epidemiología - Red Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud del Perú. <http://www.minsa.gob.pe/oge>. Manual de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. OGE - RENACE / Vig. Hosp. DT 002 - 99 V.1
- Ofman J, Badamgarav E, Henning J, Knight K, Gano A, Levan R, Gur-Arie, S, Richards M, Hasselblad V, Weingarten S . Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review . Am J Med. 2004; 117:182-192
- OPS-OMS "Temas de Salud Mental en la Comunidad" Serie Paltext No 19. Ed. I:Levav. 1992
- Organización Panamericana de la Salud / OMS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No Transmisibles. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones.
- Organización Panamericana de la Salud, Representación en Cuba; Grupo de Estudios Interdisciplinarios en Salud; Cuba, Ministerios de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia de situación de salud según condiciones de vida. La Habana: OPS; 1994
- Organización Panamericana de la Salud. "De la Vigilancia Epidemiológica Nacional a la Vigilancia Epidemiológica Sanitaria en el Nivel Local: Concepto, Objetivos y Propósito" en "Vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre: Guía para el nivel local". Serie Manuales y Guías para desastres, Nro. 2. Washington, D.C., septiembre 2002
- Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de contribución a la Iniciativa de Malaria en la Amazonia de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos, Oficina para América Latina y el Caribe . <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/paho-ami.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Suicidio en América Latina y países del Caribe (1950 - 1989) . Representación OPS/DMS Argentina ; 1990
- Sociedad italiana de Epidemiología Psiquiátrica. Página web: <http://www.siep.it/>
- Petticrew M, Whitehead M, Macintyre SJ, Graham H, Egan M . Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers . J Epidemiol Community Health. 2004 Oct;58(10):811-6.
- Hans Wijbrand Hoek y Daphne van Hoeken. Review of the prevalence and incidence of eating disorders . International Journal of Eating Disorders. Volume 34, Issue 4 , Pages 383 – 396. 2003.
- Romero A., Troncoso M . La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docencia .Cuadernos médico sociales. Vol 17. Julio 1981
- SAMAJA, J . Sampling and representativeness in epidemiological surveillance using sentinel sites. Cad. Saúde Pública. [online]. July/Sept. 1996, vol.12, no.3 [cited 10 November 2004], p.309-319. Available from World Wide Web: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300004&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X

- Scharager Goldenberg J, Contreras Escudero, L . Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental . Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(2), 2002
- Skapinakis P, Lewis G . Epidemiology in community psychiatric research: common uses and methodological issues . Epidemiol Psichiatr Soc. 2001 Jan-Mar;10(1):18-26.
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P, de Graaf R, Vollebergh W . Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study . Journal of Affective Disorders
- Spinelli Hugo, Alazraqui Marcio y Macías Guillermo. Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud. OPS-OMS. Buenos Aires. 2005.
- Teutsch, Steven M , Thacker, Stephen B . Planning a Public Health Surveillance System . Epidemiological Bulletin. Pan American Health Organization, March 1995 Vol 16 N° 1
- The European Opinion Research Group (Eorg), The Mental Health Status Of The European Population. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_eurobaro.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf) accedido 10/11/04.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium . Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization . JAMA, June 2, 2004 -- Vol 291, No. 21
- Torricelli F, Barcala A . Epidemiología y salud mental: un análisis imposible en la Ciudad de Buenos Aires . Vertex. 2004 Mar-May;15(55):10-9.
- Valencia, R, Roman, E, Garcia-Leon, F.J. Et al. . Warning systems: a priority in epidemiological surveillance . Gac Sanit. [online]. Nov./Dec. 2003, vol.17, no.6 [cited 10 November 2004], p.520-522. Available from World Wide Web: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112003000600015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000600015&lng=en&nrm=iso)>.
- Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K .Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. Can J Psychiatry. 2002 Nov;47(9):825-32.
- Williams C. Selecting and designing an effective prevention program: Lessons from Project Northland . Healthy Generations. Vol 2. Issue 2 Sept 2001
- Woodruff TJ, Axelrad DA, Kyle AD, Nweke O, Miller GG, Hurley BJ .Trends in environmentally related childhood illnesses . Pediatrics. 2004 Apr;113(4 Suppl):1133-40

## Anexo I: Cuadro resumen

Hecho a analizar	Fuente / Sistema	Categoría	Cobertura	Oportunidad	Confiabilidad	Producto que entrega	Modalidad de análisis	Fortaleza de la fuente	Debilidad de la fuente	Nivel de análisis más importante	Necesidad de consolidación
Consumo de alcohol	Observatorio prov. Bs. As.	principal	alta	inmediata	alta	- Patrón de consumo - Edad de inicio - Participación en lesiones	- Variación geográfica y temporal - Impacto en otras condiciones de salud	- Diseño - Profesionalidad del enfoque - Frecuencia		Central	Fortalecimiento de la difusión, especialmente en áreas locales
	Centros de Estudios Locales	principal	alta en la localidad	inmediata	alta	Análisis de eventos relacionados	Análisis de casos en profundidad	- Cercanía con el evento - Respuesta rápida - Potencia operativa - Motivación	- Dificultad en la comparabilidad y agregación - Voluntariedad	Local	Promover creación de más centros
	Sedronar	principal	alta	inmediata	alta	- Patrón de consumo - Edad de inicio - Participación en lesiones y delito	- Variación geográfica y temporal - Impacto en otras condiciones de salud	- Diseño - Profesionalidad del enfoque - Frecuencia	- Poca participación y análisis local - Dato válido para agregados	Central	Fortalecimiento de la difusión, especialmente en áreas locales

Hecho a analizar	Fuente / Sistema	Categoría	Cobertura	Oportunidad	Confiabilidad	Producto que entrega	Modalidad de análisis	Fortaleza de la fuente	Debilidad de la fuente	Nivel de análisis más importante	Necesidad de consolidación
	SIVILE	adicional	Actualmente media, proyecta alta	inmediata	posibilidad de subregistro	Participación en lesiones	- Impacto en otras condiciones de salud - Variación en el tiempo	- Cobertura - Homogeneidad del registro - Política establecida	Riesgo de subregistro por ser dato adicional	Local y central	- Cobertura - Necesidad de análisis específico
	Economía	adicional	alta	inmediata	alta	Consumo de alcohol per cápita	- Cantidad y tipo de bebida - Variación temporal - Variación geográfica y temporal	- Dato duro - Cobertura - Disponibilidad del dato por ser fuente única	- Análisis central exclusivamente - Dato grueso	Central	Ninguna
Consumo de drogas	Observatorio prov. Bs. As.	principal	alta	inmediata	alta	- Patrón de consumo - Edad de inicio - Participación en lesiones	- Impacto en otras condiciones de salud	- Diseño - Profesionalidad del enfoque - Frecuencia		Central	Fortalecimiento de la difusión, especialmente en áreas locales
	Centros de Estudios Locales	principal	alta en la localidad	inmediata	alta	<u>Detección temprana</u> y análisis de eventos relacionados	Análisis de casos en profundidad	- Cercanía con el evento - Respuesta rápida <u>Potencia operativa</u> <u>Motivación</u>	- Dificultad en la comparabilidad y agregación - Voluntariedad	Local	Promover creación de más centros

Hecho a analizar	Fuente / Sistema	Categoría	Cobertura	Oportunidad	Confiabilidad	Producto que entrega	Modalidad de análisis	Fortaleza de la fuente	Debilidad de la fuente	Nivel de análisis más importante	Necesidad de consolidación
	Sedronar	principal	alta	inmediata	alta	- Patrón de consumo - Edad de inicio - Participación en lesiones y delito	- Variación geográfica y temporal - Impacto en otras condiciones de salud - Impacto en otras condiciones de salud - Variación en el tiempo	- Diseño - Profesionalidad del enfoque - Frecuencia	- Poca participación y análisis local - Dato válido para agregados	Central	Fortalecimiento de la difusión, especialmente en áreas locales
	SIVILE	adicional	actualmente media, proyecta alta	inmediata	posibilidad de subregistro	Participación en lesiones		- Cobertura nacional - Homogeneidad del registro - Política establecida	Riesgo de subregistro por ser dato adicional	Local y central	- Cobertura - Necesidad de análisis específico
	Ley de precursores	adicional	sin información	sin información	sin información	Movimiento de precursores útil para lucha contra el narcotráfico	sin información	sin información	sin información	Central	No parece ser un dato útil para vigilancia en salud
Violencia doméstica	Oficinas locales de denuncia	principal	desconocida	inmediata	posibilidad de subregistro	Denuncias	Análisis de casos	- Cercanía al evento - Uso local de la información	- Subregistro - Variabilidad - Dificultad en la agregación	Local y central	Estímulo local para el análisis de múltiples fuentes

Hecho a analizar	Fuente / Sistema	Categoría	Cobertura	Oportunidad	Confiabilidad	Producto que entrega	Modalidad de análisis	Fortaleza de la fuente	Debilidad de la fuente	Nivel de análisis más importante	Necesidad de consolidación
Suicidio	SIVILE	adicional	actualmente media, proyecta alta	inmediata	posibilidad de subregistro	Lesiones por violencia doméstica	Distribución demográfica y variación temporal	- Política establecida - Análisis y uso local - Unidades centinela con sostén local y central	Posibilidad de subregistro	Local	- Estímulo al análisis y uso local
	SIVILE	adicional	actualmente media, proyecta alta	inmediata	alta	Intentos de suicidio	Distribución demográfica y variación temporal	- Política establecida - Unidades centinela con sostén local y central		Central y local	- Cobertura - Necesidad de análisis específico
	Estadísticas vitales	principal	total	muy alejada	alta	Suicidios consumados	Distribución demográfica y variación temporal	Fuente dura	Disponibilidad alejada	Únicamente central	Enfatizar el uso de la información
Caracterización de la demanda	Estadísticas centros de salud	principal	alta	inmediata	media	- Diagnósticos de 1º vez - Perfil demográfico	- Distribución - Variación temporal	Producción y uso local del dato	Variabilidad diagnóstica	Local	Concientización Capacitación del nivel local para su uso
Necesidades no atendidas	Formulario SSSalud	adicional	alta	mediana	baja	Demanda efectiva (número de pacientes en tratamiento)	Diferencia entre esperado y observado	Política establecida en la seguridad social	Flujo largo sin uso local del dato	Central	Necesidad de fortalecimiento del análisis local del dato



Hecho a analizar	Fuente / Sistema	Categoría	Cobertura	Oportunidad	Confiabilidad	Producto que entrega	Modalidad de análisis	Fortaleza de la fuente	Debilidad de la fuente	Nivel de análisis más importante	Necesidad de consolidación
	Estadísticas centros de salud	principal	dispar	alejado	dispar	Demanda efectiva (pacientes en tratamiento)	Diferencia entre esperado y observado		Difícil medición de universo y estándar	Central	Concientización de los niveles centrales
	Registro de Epilepsia de la Prov. de Bs. As.	principal	aspira a ser total	inmediata	alta	Pacientes epilépticos en tratamiento	Diferencia entre esperado y observado	- Política establecida - Nominatividad - Disponibilidad de valores de referencia - Asegura tratamiento	Esfuerzo de construcción	Central	Estímulo para su extensión a todas las jurisdicciones
	Registro de Esquizofrenia	principal	aspira a ser total	inmediata	alta	Pacientes esquizofrénicos en tratamiento	Diferencia entre esperado y observado	- Nominatividad - Disponibilidad de valores de referencia	Esfuerzo de construcción	Central	Se recomienda su implementación



Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
ntes																		
Demencia	USA	Patricia Lillquist	Local (Nueva York)											Notificación desde todos los efectores de salud	Prevalencia y factores asociados a la Demencia	Hacia los niveles políticos y otros registros (Vaca Loca)	Problemas de falta de notificación	SVE aparentemente útil
no tiene	USA	NIMH	País	Áreas propicias de investigación. No hay fuentes	El responsable de SM	Publicación	Ensayo	Es el plan estratégico del NIMH respecto de investigaciones a promover en los años 2000-01										
Demanda institucional	Portugal	Mario Carreira. Dirección de Salud	País	Registro de demanda en Instituciones con servicios de SM	Dirección de Salud	Publicación	Invest.	Estudia la demanda puntual durante una semana en el año. 3 años continuos										
1. Trastornos mentales	Internacional, Chile	Ronald Kessler, Benjamin	Internacional	Encuesta población	Necesidad diagnóstica vs.		Invest.	Iniciativa de países centrales										

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
2.Patrones de tratamiento		Vicente		general con CIDI	demanda manifiesta			que incluye Chile									
1.Trastornos mentales 2.Patrones de tratamiento	Internacional OMS	OMS World MH Survey Initiative. Ronald Kessler	Internacional	Encuesta población general con CIDI	Necesidad diagnóstica vs. demanda manifiesta.		Invest.	Iniciativa que conocemos por el coordinador: Kessler									
1.Trastornos mentales 2.Patrones de tratamiento	Internacional	Kessler y otros ESEMeD ampliado	Internacional	Encuesta población general con CIDI.	Necesidad diagnóstica vs. demanda manifiesta		Invest.	Marca contraste entre desarrollados y subdesarrollados. Muestran que la enfermedad más severa demanda menos									
Violencia Doméstica	Internacional	Sunita Kishor Kiersten Johnson	Internacional	Encuestas domiciliarias del sistema DHS (Demographic and Health	De los autores		Invest.	Analiza la violencia doméstica, prevalencia, factores de riesgo y relación con estados de salud									

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
				Surveys)													
ESEMeD	Europa	Alonso y otros	Europa	Analiza la composición de la muestra			Invest.										
1.Trastornos mentales 2.Patrones de tratamiento	Europa	ESEMeD	Internacional	Encuesta población general con CIDI	Necesidad diagnóstica vs. demanda manifiesta		Invest.	Se preocupan por la brecha entre necesidad y demanda. Utiliza como encuestados a profesionales de la salud mental									
1.Percepción de necesidad 2.Demanda	Europa	European opinion Research Group	Internacional	Encuesta población general con Instrumento para Calidad	Necesidad estimada vs. demanda manifiesta según ámbito donde demanda		Invest.	Junto con el ESEMeD, investigan el mismo universo buscando necesidad no satisfecha									

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
				de Vida (SF36)				pero obtienen resultados muy distintos. Utiliza encuestadores profesionales pero no profesionales de la salud mental									
Trastornos mentales	England	Ruth Jenkins y otros	País	Encuestas domiciliarias en muestra estratificada	Autores destacan el papel de las encuestas y describen el método usado en ésta. Sin datos de prevalencia		Invest.	Jenkins R. et al . The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain-strategy and methods									
Políticas	England	Ruth Jenkins y otros	País				Ensayo	Ensayo proponiendo que las políticas de sal men necesita la epidemiol y esta las encuestas.									

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
								Examina fact de riesgo y políticas que los combaten										
Revisión de artículos de psiquiatría Infantil	Canadá	C. Waddel y otros	Internacional	Artículos			Invest.	Detección de factores relevantes para las políticas asistenciales que no son tenidos en cuenta habitualmente										
1.Percepción de necesidad 2.Demanda	Australia	Aoun S.	Región	Encuesta población general	Necesidad percibida vs. demanda manifiesta y estudios de factores intervinientes		Invest.	Investiga los enfoques de evaluación de necesidad y la brecha entre necesidad percibida y demanda manifiesta										



Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
1.Trastornos mentales 2.Patrones de tratamiento	Perú	Ronald Kessler	País						Aparece como colaborador en la WMH Initiative									
1- T.Mentales 2- Patrones de tratamiento	México	Jorge Caraveo-Anduaga	Países	Encuesta población general con CIDI.	Necesidad diagnóstica vs. demanda manifiesta.		Invest.		Se preocupan por la brecha entre necesidad y demanda. Utiliza como encuestados a profesionales de la salud mental.									
Estudio de Demanda para determinar necesidades y acciones	México	Gutierrez Avila, J.Hector; Tovar Acosta, Héctor	País						Centros de Salud Mental, Hosp generales, HospMon ovalente y privados	Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud	No se hizo	Se trata de una publicación de 1984						

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
1.Tratamientos mentales 2.Patrones de tratamiento	Colombia	Ivan Dario Montoya	Internacional	Encuesta población general con CIDI	Necesidad diagnóstica vs. demanda manifiesta		Invest.	Se preocupan por la brecha entre necesidad y demanda. Utiliza como encuestadores a profesionales de la salud mental										
Homicidios	Colombia	Concha-Eastman, Alberto et al	Local (Cali)										Organismos varios a cargo de homicidios: policía, juzgados, municipios, derechos y humanos	Por epidemiólogo coordinador del grupo	Publicaciones varias Programa DESEPAZ, componente de epidemiología de la violencia	Falta de información en algunos casos. Impunidad y desconocimiento del victimario	Contribuyó a la evaluación de las intervenciones para reducir accidentes y otros tipos de lesiones	

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
Ingesta de drogas prevalencia de vida y prevalencia anual	Colombia		Local Bogotá										Centros de Tratamiento. 70 en Capital Bogotá	Salud Pública local Análisis según variables demográficas			Obtenido de la página web, Salud Capital Secretaría de Salud Pública
1. Adicción 2. Violencia 3. Trastornos en Niños	Chile	J. Scharager y otros.	Local										Informe de consultas de médicos generalistas en Centros de APS, con DSM-IV	Cruza datos clínicos con demográficos y territoriales	Devolución a los médicos de APS y reuniones para determinar medidas de prevención	La cantidad de casos fue menor a la esperada por lo que hubo que reagrupar las categorías Dx.	SVE que funcionó experimentalmente durante 7 meses
Suicidio Intento	Brasil	Botega Neury, de Souza Lobo García León	Local (San Pablo)	Deptos de Emergencia en San Pablo	Secretaría de Salud	Propósito de investigación	Invest.	Brazil: the need for violence (including suicide) prevention									

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
Socio Conductual	Argentina	Ciudad de Bs. As.	Local Ciudad de Bs. As.							Sistema de notificación de salud existente	Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Bs. As. (SVSCE)	Dirección de Salud Comunitaria a realizar por intermedio del Departamento de Epidemiología					
Malestar en universitarios	Argentina	María M. Casullo y Silvia Quesada	Local	Encuestas en Servicio de salud UBA	propio	Publicación Vértex Vol. 14, Supl 2.	Invest.	Muestra no representativa. Alto nivel de rechazo. Alto nivel percepción de malestar pero no representativo									
Publicaciones de epidemiología psiquiátrica	Argentina	Ferrero Andrea	Am Latina	Todas las publicaciones de Am. Latina	propio			Estudia las publicaciones de Am. Latina en epidemiología psiquiátrica									
Prevalencia de	Argentina	Andrea	Local	Encuesta con	propio	Vértex Vol 14		Muestra domiciliaria. No									

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
Trastornos mentales	a	Ferrero	San Luis	MCMII-II		Supl 2		informa rechazos. Nivel de patología alto en amas de casa. Aplicado por estudiant. de psicología avanzados										
	Argentina	Juan Samaja		Sitio experimental	Socio-relacional		Invest.	Artículo epistemológico. El autor propone ampliar los registros de cada evento incluyendo categorías socio-económicas para dar representatividad cualitativa al sitio centinela (área de muestreo y profundización de estudios epidemiológicos)										

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
Adicciones	Argentina	Hugo Míguez	Local											Escuela Hospital Comunidad	Reunión de esos organismos con investigadores expertos	Automática	Financieras, fatiga	Con los modelos comunitarios de J. Marconi, desarrolla vigilancia sobre conductas de riesgo adictivo y violencia
Adicciones	Argentina	Hugo Míguez	País						Centros Locales comunitarios: Hosp. Escuela ONGs	Local, reunión de centros con asesoría de experto	No requiere especial	De implementación lenta y progresiva. Gran esfuerzo de mantenimiento. Al gún desarrollo en Arg. y otros países de America						

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
Adicciones	Argentina	Hugo Míguez	País	Datos Sedronar uso de alcohol	Del autor	Publicación	Invest.	El autor sostiene que el cambio de patrón cultural ha creado tolerancia para el "exceso". Propone intensificar la prevención enfatizando sobre el exceso									
Consultas	Argentina	F. Torricelli, A. Barcala	Local Ciudad de Bs. As.	Estadísticas oficiales Ciudad de Bs. As.	De los autores		Invest.	No está bien definido el evento y el personal no está bien entrenado, por lo que es poco confiable el dato primario									



Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado				
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.
Demencias	Argentina	Pagés Larraya	Local Ciudad de Bs. As. y Prov. de San Juan	Encuesta domiciliar e institucional	Del Programa PEPSI	Publicaciones PEPSI-CONICET	Invest.	Los trabajos tienen un gran valor filosófico-cultural									
Trastornos mentales	Argentina	Pagés Larraya	Local Ciudad de Bs. As. y Conurbano	Encuesta domiciliar	Del Programa PEPSI	Publicaciones CONICET y Revista Acta	Invest.	El autor busca relacionar la variable etno-cultural con los Trastornos mentales									
Trastornos depresivos Alcohol Psicosis Violencia Trastornos de la infancia y la	Argentina	Clara Riva Posse y Ana C. Interlandi	País Ingreso de provincias sucesivo						Centros asistenciales notific de caso con carga semanal Diag por CIE	Sistema Nacional de Vigilancia de SM integrado al SINAVE	Internet	Es proyecto. Propone nodos como prueba piloto para evaluar el funcionamiento					

Evento/ objetivo	País	Autor	Nivel	Trabajo de investigación o ensayo					Proyecto-Propuesta				SVE instalado					
				Fuente	Análisis	Diseminación	Tipo	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Obs.	Fuente	Análisis	Diseminación	Dificultades	Obs.	
adolescencia																		

## Anexo III: Listado de informantes clave “usuarios” de información

---

1. Dr. Omar Zein.  
Gerente de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. Programa VIGI+A. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
2. Dr. Antonio Di Nanno.  
Director Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
3. Dra. Clara Riva Posse.  
Epidemióloga. Co-autora del Anteproyecto de Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
4. Lic. Ana Carolina Interlandi.  
Co-autora del Anteproyecto de Vigilancia Epidemiológica de salud Mental presentado ante el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
5. Dr. Ricardo Lara.  
Gerente de Control Prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
6. Dr. Ricardo Grimson.  
Ex Secretario de la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR).
7. Dr. Camilo Verruno.  
Subsecretario de Planificación Prevención y Asistencia del SEDRONAR.
8. Dr. Hugo Míguez.  
Asesor Subsecretaria de Atención de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires. Ex Asesor de SEDRONAR.
9. Lic. Claudio Mate.  
Subsecretario de Atención de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires.
10. Dr. Ricardo Soriano.  
Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.
11. Dr. Julio Ainstein.  
Director de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires.
12. Dr. González Botero.  
Director Provincial de Salud de Neuquén.
13. Lic. Ana Arébalos.  
Coordinación de Salud Mental provincia de Salta.

## **Anexo IV: Listado de informantes claves “productores” de información**

---

1. Dr. Omar Zein.  
Gerente de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. Programa VIGI+A. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
2. Dra. Maria Esther Alvarez.  
Jefa del Departamento Asistencial Centro de Salud Mental N° 3 “Arturo Ameghino”.
3. Dra. Viviana Sala.  
Jefa del Servicio de Psicopatología del Hospital Oncológico Municipal “Marie Curie.
4. Dra. Marta Sepich.  
Jefa del Departamento de Auditoría Hospital Psicoasistencial José T. Borda.
5. Dr. Jorge Leguiza.  
Gerencia de Gestión Estratégica. Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.
6. Lic. Maria Teresa López Quirque.  
Jefa del Departamento Estadístico del Hospital Infanto-Juvenil “Carolina Tobar García”.
7. Lic. Hugo Gorbarán.  
Director de ASAM S.R.L.
8. Dr. César Luchetti.  
Director General de Plural Psi.
9. Lic. Alcira Orsini.  
Asesora de la Dirección General de Educación. CABA.
10. Dra. Liliana Kot.  
Jefa del Servicio de Psicopatología del Hospital Municipal de Vicente López.

## Anexo V: Formulario guía para la entrevista a “usuarios”

### ENTREVISTA A USUARIOS INFORMANTES CLAVE

Nombre:

Lugar:

Posición-cargo:

Ámbito de competencia:

1. ¿Qué vinculación existe entre su área de competencia y los temas de Salud mental?
2. ¿En su área, respecto de salud mental, toma decisiones?
3. ¿Propone decisiones, analizando información?
4. ¿Investiga?
5. ¿Qué información recibe sobre salud mental?
6. ¿Esta información le resulta suficiente para las funciones que usted cumple?
  - Funciones ejecutivas
  - Consultoría / Asesoramiento
  - Investigación
7. En su quehacer cotidiano y según las funciones arriba señaladas por usted, ¿podría distinguir aspectos específicos de salud mental que considera relevantes? (Nos referimos a si podría fraccionar el campo de la salud mental). ¿Cuáles son?
8. ¿Recibe información suficiente sobre cada uno de estos aspectos?
9. ¿La recibe a tiempo?
10. ¿Quién se la provee?
11. ¿Qué flujo tiene?
12. ¿Le resulta confiable?
13. ¿Cree que la fuente está capacitada para generarla?
14. ¿Dispone de algún sistema de alerta o vigilancia sobre algunos de estos temas?
15. ¿Hubo alguna situación en que haya tenido que utilizar la información del sistema de alerta?
16. ¿Cuál es la última que recuerda?
17. ¿Recibe la información con el tipo y grado de análisis que usted necesita, lista para tomar decisiones?

18. Qué otro tipo de información cree usted que necesita para:

- Tomar decisiones
- Analizar
- Investigar

19. ¿Sobre qué otro tipo de situación o evento cree necesario estar informado?

20. De todos los aspectos mencionados en esta entrevista le solicitamos que liste en orden de importancia las situaciones o eventos acerca de los cuales las considera que debiera estar adecuadamente informado:

## Anexo VI: Formulario guía para la entrevista a “productores”

---

### ENTREVISTA CON PRODUCTORES DE DATOS

#### **Lugar de producción del dato:**

- Servicio Público de Salud Mental: Hospital Monovalente  
Centro Ambulatorio de Salud Mental  
Centro de Atención Primaria
- Servicio Privado de Salud Mental: Clínica Privada de Internación  
Centro de Salud Mental Ambulatorio
- Policía
- Escuelas

#### **Tipo de Evento:**

1. **Administrativo** número de consultas, tipo de consultas ambulatorias de internación, de grupo, de pareja, de familia.  
Número de altas
2. **Intermedio:** agudo, grave
3. **Clínico:** Diagnóstico

#### **Tipo de Preguntas:**

- ¿El evento está definido?
- ¿La definición está consensuada por escrito?
- ¿El registro del evento es de la misma manera?
- ¿Hay acuerdo en lo que se registra?
- ¿Los que registran tienen alguna preparación previa?
- ¿Se registran los datos con alguna periodicidad?
- ¿Se usan escalas?

#### **Formularios de Registro:**

- ¿Existen? ¿Caso afirmativo conseguir uno?



- ¿Es confección propia?
- ¿Es diseñado por otros?
- ¿Por quienes?

**Supervisión del Registro:**

- ¿Alguien controla?
- ¿Se controla la calidad?
- ¿Qué confiabilidad tiene para usted?

**Caminos del Registro:**

- Primera estación: ¿usted Sabe cual es? ¿La conoce?
- Segunda estación: ¿sabe si hay una?

**Obligación de Notificación:**

Registros de Notificación obligatoria: internaciones, fugas muertes etc.

**Devolución:**

- Uso local del dato en investigación el propio servicio investiga, publica etc.
- Devolución del dato por alguien encargado de investigación
- Informe de gestión del sistema

Información que es importante y que no se informa: ¿Existe?

Registro producción rutinaria escrita para informar a terceros

---

## Anexo VII: Archivo de resultado de entrevistas a “usuarios”

### 1. Dr. Raúl González Vottero, Secretario de Salud de Neuquén.

Hay un plan provincial de salud mental. Hay puntos a establecer.

El sector tiene un abordaje biólogo y están invisibilizados otros abordajes. Los registros son precarios y los códigos que existen son, más bien, psiquiátricos.

Hicieron algunos cursos de epidemiología psiquiátrica y algunas pruebas piloto de registro, para ver cómo se comportaban los profesionales.

Quieren hacer un registro de psiquiatría, de psicología y, también, de asistentes sociales.

Hacen diagnósticos comunes por el CIE 10 y van a registrar. Adicciones, violencia y salud mental, serían los puntos que les interesa registrar.

El programa de salud mental tiene dos líneas. Por un lado violencia más salud mental; y por otro lado, adicciones.

-¿Cuáles son los problemas más importantes en la provincia?

- Adicciones. Es muy importante el alcoholismo en el interior de la provincia. Y en los jóvenes, también las adicciones son aspectos importantes porque no hay dispositivos de contención. Estos dispositivos de contención se refieren a aspectos asistenciales más que a temas preventivos

En cuanto a los problemas psiquiátricos graves, las cuestiones de coordinación son las más importantes y se refiere a la continuidad. El problema es el rol y el nivel que debe asumir el agente de atención primaria. Los problemas leves como neuróticos, crisis, que son vistos por el médico de atención primaria y que resuelven. Pero más allá de esto, las crisis más serias y las psicosis tienen el problema de coordinación con los otros niveles.

Respecto al suicidio, es un problema en algunas regiones y en cuanto a tercera edad, es un asunto de bienestar.

Manejo de la información: tienen inconvenientes con los registros y los programas que están estableciendo son intentos de registrar en toda la línea.

Yo en este momento le sugiero que focalicen en algunos problemas específicos

Los problemas subsisten aunque se incorpore personal. Precisamente han estado incorporando profesionales de otros orígenes, como psicólogos y asistentes sociales, y los espacios de discusión se hacen muy complejos. Las diferencias ideológicas repercuten claramente sobre la asistencia.

En cuanto a las condiciones de la superestructura para analizar la información tienen una sala de situación, es decir, podrían utilizar la información que se origine en cualquier parte del sistema.

Por último, una última intervención, el uso de psicofármacos como consumo adictivo representa también un problema en la provincia.

## **2. Dr. Omar Zein, Gerente de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. Programa VIGI+A. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.**

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha implementado el Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa. Se trata de un sistema proyectado por el SINAVE y en comienzo de ejecución.

El evento que vigila este sistema está conformado por todos los casos de lesión por causa externa que son asistidos por los servicios de emergencia.

De esta manera el dato es capturado a nivel de los mismos servicios de emergencia. El relevamiento se efectúa con la Planilla de Registro del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa, diseñada para tal fin tal como su nombre lo indica.

Cabe destacar que dentro de la información prevista en la Planilla de Registro existe una pregunta vinculada con la presencia de intencionalidad en el evento, que contempla tanto la posibilidad de la heteroagresión como de la autoagresión (tentativa de suicidio, suicidio).

Los datos se elevan al SINAVE para su análisis.

Por tratarse de un proyecto en comienzo de ejecución el análisis en principio se hará por el equipo que diseñó el proyecto.

Con respecto a la diseminación de los resultados, está previsto que se realice a los distintos niveles políticos y de gestión del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Otro de los proyectos de vigilancia es la cooperación con sistemas preestablecidos, como por ejemplo el de la SEDRONAR.

## **3. Dr. Ricardo Grimson (18/3/03)**

La información que recibía siendo secretario (esta entrevista se le realiza en su función de ex -secretario), él diseñó un formulario para que le informe la oficina de drogas provinciales, y no quiere información de personas no capacitadas. Este era un problema serio que el enfrentó en el Consejo Federal de Drogas. Había mucha gente que venía y trabajaba, y muchos otros que venían como turistas a Buenos Aires. Él encontró que provincias importantes como Jujuy, Salta, Mendoza, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y en Buenos Aires, no había una estructura apta para recoger información.

En su tarea epidemiológica, lo más sensible fue la pre-creación de los CELS por parte de Hugo Migues. Éste fue el mayor aporte epidemiológico. El convenio era crearlos a partir de grupos voluntarios y formaban parte de la Red Federal de Drogas. Hubo un conflicto entre los Cels y los flujos de información. CEL, significa, centro de epidemiología local. El problema era entre el origen de los

datos y su procesamiento. Hay técnicos aptos para procesar; hay dificultades entre la dependencia, la autonomía y la propiedad de la información.

Para Grimson, los centros tienen razón de ser en la medida que aporten información, y allí se estableció el conflicto con Migues y se crearon las Oficinas Provinciales de Drogas.

El dato que repite el responsable provincial, es:

- 1) los centros de tratamiento en adicciones(un listado);
- 2) los protocolos de admisión, que informan sobre demanda y aparición de drogas nuevas.

Una observación mía, dice: el sistema de vigilancia súbita, la droga nueva, y el sistema de largo, referido a uso y demanda.

El ideal, el observatorio debiera informar de lo mismo a través de los centros de tratamiento. Aquí hay una anécdota de la estructura de la molécula, además de un tipo de droga que se descubre.

Es necesaria la vigilancia de los precursores, como el  $\text{KMnO}_4$ , la restricción del permanganato hace más difícil el refinamiento de la pasta base.

No se hizo en el Observatorio de Drogas nada de nada, hay solamente seis provincias en condición de producir información. La información debiera venir también por la policía y la justicia.

-¿La guardia de los hospitales?-le pregunto

-Sí, también, descubrimos que hay un 10% de casos en los hospitales que tienen que ver con drogas.

Los observatorios europeos registran: demanda, aparición de drogas, incidentes, etc.

#### **4. Dr. Camilo Verruno, SEDRONAR (22/3/05)**

La información que recibe es: de provincias, del exterior, de producción propia por encuestas, y algún efector asistencial que lo informa. La información en general es mala, salvo la extranjera y la hecha por buenos expertos.

En provincias, la información asistencial y la actividad preventiva, en Chile, en España y en Inglaterra.

En provincia se recibe alguna información buena, por ejemplo, Jujuy, Mendoza, Neuquén y Buenos Aires, es información de organismos provinciales, y proviene de los efectores públicos en general. La información de provincia es pequeña, sobre pocos casos, pero buena. Las provincias informan sobre todo de actividades preventivas, en las escuelas y en las comunidades. Las alertas vienen de sus propias investigaciones, se refiere a las investigaciones de la secretaría, por ejemplo, hay un avance del consumo en mujeres porque son más probadoras. Esta investigación es un sondeo de estudiantes de clase media que se hace cada cuatro años, se hizo en 1999 y en 2004. Este mismo sondeo, en Chile se hace cada dos años.

También las encuestas generales de hogares que van por el INDEC, los concentrados al targent los hacen ellos: consumo, tipo de sustancia, escolarización, etc. También en los centros de emergencias, las consultas en guardias una semana. Cada información es una ventana, el hospital, la escuela, de la policía no se recibe; y de las zonas de frontera, aquí, es importante recibir información.

Le pregunto qué pediría fundamentalmente de información, y me responde:

- a) Inducción de la publicidad sobre consumo de sustancias, por ejemplo el impacto que tiene;
- b) La relación con el delito y las contravenciones del consumo de sustancias, es decir, la relación del consumo de sustancias con el delito y las contravenciones;
- c) Evaluación de tratamientos por la demanda;
- d) Impacto de las acciones preventivas en la Argentina;
- e) Deserción escolar y uso de sustancias;
- f) Diversión química y los jóvenes.

**5. Lic. Claudio Mate, Subsecretario de Atención de las Adicciones de la Prov. De Bs. As. (08/03/05)**

En drogas hay varias aristas, por un lado la vigilancia, hay baja visibilidad (se refiere a que el problema de la droga es clandestino), si no estuviera prohibido como el tabaco o el alcohol mismo, habría un problema pero tendría mayor visibilidad.

Para el alcohol y tabaco hay alta tolerancia social, por ello la notificación es pobre (se refiere a la poca visibilidad). Hay escaso contacto de la población necesitada con los sistemas de salud. Los estudios sobre relación entre tratamiento y población necesitada en los sistemas mejores, el sistema de salud capta solamente el 20% de los pacientes. Por eso un sistema de vigilancia basado en los servicios es malo porque aparece solamente el judicializado o el deteriorado. Entonces hoy se estila el observatorio. En la provincia de Buenos Aires se creo el observatorio en 2002. Se hace una encuesta domiciliaria con personal adecuado, está recomendado hacerlo cada dos años, en Buenos Aires, en la provincia se hizo en 2002 y en 2004. Cada dos años es sensible a los cambios. Hay también acercamientos intermedios con sondas o ventanas que no miden prevalencia sino miden el impacto del consumo de drogas con otros indicadores, como los accidentes, la violencia, y quizás, algún otro. Se hace midiendo en comisarías, hospitales, qué porcentaje de las emergencias son producidas por las drogas. Se hace en las policías, en los hospitales, en las escuelas. Las escuelas ven la fuente de provisión, llevan al investigador y se cada una semana, excepto en los comandos.

-¿Cuál es el foco de lo que se mira?- preguntamos

- Una vez resuelto el escenario, la luz roja. Se mira alcoholismo en menores, la expansión de droga nueva como la pasta base en estos momentos, y además, luego, cómo se instala el problema. El uso puede definir prioridades, reformulación de la Ley sobre venta de alcohol en quioscos y estaciones de

servicio. En droga la reducción de la disponibilidad es sustancial, la venta de alcohol a menores representa 400 millones de pesos al año. El 8% de las atenciones de emergencia y el 40% de los politraumatizados, está relacionado con el alcohol. La pasta base aparece como sorpresa en una primera medición. La alarma vino desde los servicios por la aparición de los casos. El primer foco apareció en Berazategui y desde allí se expandió.

El sistema de información está sensibilizado para estos casos.

- ¿Hubo sorpresas con el sistema?
- No, hay más seguridad. Por ejemplo el tema de las jeringas, no hay un problema con las jeringas, el problema es el alcohol.

La política de reducción de daño no tiene impacto, el impacto está en el fortalecimiento de los factores de protección.

El observatorio lo está dirigiendo Hugo Miguez y da información para investigar.

- ¿Cuál es el costo de implementación del observatorio?
- Es costoso pero hay una capacidad instalada grande
- Si tuvieras que elegir, ¿Qué elegirías vigilar?
- Vigilaría los hospitales, donde hay gran información y buena fuente. Creo que un sistema de vigilancia debiera apuntar al alcohol. La OMS atribuye un 14% de las muertes evitables al alcohol. La nota fundamental de la vigilancia sería establecer el impacto de la morbimortalidad del consumo. Es decir, el impacto del consumo en la morbimortalidad.

En 2005 el gobernador de Buenos Aires abrió su período con alusión a la droga en su discurso.

#### **6. Dr. Ricardo Lara. Gerente de Control Prestacional, Superintendencia de Servicios de Salud.**

El área de competencia de su oficina son las obras sociales. Las obras sociales presentan el plan médico asistencial en el que informan cuales son los servicios que van a proveer. Allí se busca el desarrollo de problemas crónicos, como hipertensión, diabetes, etc., y la superintendencia, el seguro, elige el desarrollo de los problemas crónicos. Este año, por ejemplo, pidió un listado de pacientes crónicos, como diabetes, hipertensión, etc.,

La información sobre salud mental no se recibe. Alguna que se recibe como pacientes en tratamientos no sirve (revisar este punto mirando los apuntes de la entrevista).

Están trabajando con España, tratando de compatibilizar un programa de egresos por GRD, basado en el CIE 9, y es posible allí tener información de vigilancia pero esto no se va a poder usar ahora.

- ¿Qué información le resultaría útil para su tarea en la superintendencia?
- Sería importante tener diagnósticos y conocer el perfil de la población. Esta patología es relevante actualmente por el modo de vida, por las

condiciones laborales, la actividad social. Tener información del perfil de estados de ánimo y las patologías que debiéramos tener especialmente en la masa laboral.

### **7. Lic. Carolina Interlandi. Dirección Nacional de Salud Mental**

Las funciones que tiene la Dirección de Salud Mental son de rectoría y de capacitación. La rectoría significa elaboración de políticas.

Carolina está específicamente en capacitación y en sistemas de información. La información no es sistemática, hay datos pero no hay información. Hay datos sobre estadísticas vitales y producción de servicios. En este caso los datos son sobre egresos y consultas. La información fluye de los hospitales a las estadísticas jurisdiccional, y de allí a nación. La información se compila por cinco años. Estadísticas Vitales, es buena, investigó suicidios por razones docentes, hay una nueva planilla pero se usaran los hospitales neutrales, no hospitales generales, porque entonces se duplicaría el dato. Se refiere a una planilla de admisiones. Hay que hablar con la Dirección de Estadísticas del ministerio y hay que hablar con la Dirección de Epidemiología del ministerio con Hugo Fernández.

Estadística tiene tres áreas: la tradicional; la epidemiología, que la realiza el CINARE; y el vigía. Se está refiriendo a estadística de la Nación.

Capacitación: Usan información de los egresos de los hospitales de salud mental para ejercicios sobre estimaciones básicas. Se refiere a epidemiología básica.

Epidemiología psiquiátrica, considera que es el estudio de los trastornos y epidemiología de salud mental, considera que es la epidemiologías de los problemas psicosociales.

El suicidio sugiere a ir a información de situaciones previas, alcohol y depresión.

Eventos a vigilar, considera los trastornos depresivos. El alcoholismo, no el hábito de consumo, pero sí la intoxicación alcohólica; la violencia y los trastornos de la infancia y adolescencia (como trastornos del aprendizaje, etc.) y además seleccionar eventos marcadores.

### **8. Dr. Julio Ainstein. Director de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires.**

La información que recibe es poca, no tiene información de consulta externa discriminada por diagnóstico ni por motivo de consulta.

Para salud mental, la información hay que salir a buscarla. Sólo recibe información de los grandes efectores y sobre consulta espontánea de rutina, no llega nada.

La información es cualitativa, y más bien la obtiene en reunión con jefes de servicios.



Han pensado seleccionar alguna unidad para tenerla como muestra, pero allí también tiene el problema de los diagnósticos.

La producción de consulta sigue el flujo de la región sanitaria. En la región sanitaria hay delegados de salud mental pero no captura información. Es decir, la información va por la gente normal de la región y el responsable de salud mental de la región no captura la información propia de salud mental.

Las decisiones se toman por acción de actores, entre los que está el Poder Judicial. Hay un programa de epilepsia que cubre toda la provincia y está centrado en la provisión de medicamentos.

- ¿Qué sería importante en información para salud mental de la provincia?

- Trastornos depresivos y trastornos por ansiedad.

Deja el consumo de drogas y el alcohol para adicciones que tiene una secretaría específica.

- ¿Y temas de violencia? - preguntamos

- No es de salud mental, es para programas interjurisdiccionales.

Preguntamos, - ¿llamadas de emergencia?;

y responde, - planteos judiciales sobre internaciones, el objetivo de provisión de indicación y el ministro, lo vigilan.

### **9. Dr. Ricardo Soriano. Director de Salud Mental. CABA.**

Recibe información de registros de todo el sistema y los servicios de salud mental de los 32 hospitales generales, más los 4 hospitales monovalentes, más 2 centros de salud mental.

Recibe un registros mensual de número de prestaciones, que incluyen las explicaciones como tratamiento individual, grupales, parejas, consultas, diagnósticos, etc., es decir, información de producción del sistema.

Le falta la información epidemiológica, porque falta la información sobre diagnósticos. Para obtener la información sobre diagnóstico, es decir, sobre prevalencia, se hizo un sondeo en siete servicios y un hospital, el Tobar.

Hay un programa de vigilancia, que sería éste, que tropieza con problema de oposición a las clasificaciones. Lo mismo la historia clínica única, servicios que se oponen a registrar por la confidencialidad.

El sondeo es anual, con un referente que depura la información. Es un codificador que presenta los diagnósticos más definidos. Para suicidios y lesiones, este programa arrancó en el Alvear. El Alvear tiene un sistema de atención de emergencias y además de consultorio externo.

Luego de 2001, se armó el sistema de atención domiciliaria.

¿Cuál es el denominador para construir las tasas de demanda?, preguntamos.

Él calcula que un 50% de la demanda procede de la provincia de Buenos Aires.



Toda la información que recibe está dirigida fundamentalmente, a acomodar la oferta.

Le preguntamos qué elegiría como información si pudiera elegir. Y contesta, por un lado mejorar la fidelidad y segundo, aumentar la cobertura del sistema de sondage o vigilancia.

La información es retaceada, lo que está haciendo ahora, es ampliar las bases de registro por la Ley de Salud Mental que lo obliga a tener información de todo el sistema.

- ¿Algún otro evento del que le interesaría tener información?

- No, contando con la existente no. Podría ser violencia, y aquí la red de atención de violencia familiar y maltrato infantil depende de Salud Mental.

Ha salido una resolución para armar comités de vigilancia con equipos interdisciplinarios en los hospitales, para que no recaiga solamente en Salud Mental este tema.

¿Cómo es esto de violencia familiar y maltrato?- preguntamos.

Comenta que hay un programa y red de servicios, el coordinador es el Dr. Norberto Garrote de la unidad Casa Cuna, hay información escrita anual con información histórica de estos eventos.

#### **10. Dr. Hugo Míguez**

- Vamos a hablar de cómo concebís vos un sistema de vigilancia epidemiológica en el tema de drogas. Y tratemos de hablar en cinco líneas, la opinión de un experto.
- Mirá, tiene que ser, en el tema de drogas, un sistema con participación comunitaria, instalado en los lugares donde se está dando la respuesta en el campo preventivo, muy ligado a la planificación local.
- Muy claro, con participación comunitaria, instalado dentro del proceso de operación
- Exactamente
- Los sistemas de monitoreo sería exactamente. En realidad lo que te estoy diciendo es lo que yo estoy haciendo desde hace años, es decir, esto existe ya.
- Existe y acá no hay informante clave
- No, no, está bien. Esto existe. Es decir, el desarrollo de eso lo tenés escrito en realidad, en la última publicación que yo tengo acá en la página web, que es la que yo envié a Perú. Se llama "Epidemiología comunitaria y prevención".
- Yo estuve revisando ese material...
- Era de Agosto del 2004
- Ah, no, porque yo revisé ese material antes para el trabajo que hice
- Está bien, andá a ésta, es el primer nick, la primera publicación. Acá está...
- De Agosto de 2004
- Sí, se llama "Epidemiología comunitaria y prevención". Porque a los peruanos les interesaba el tema, como yo había manejado vigilancia y

monitoreo acá en la Argentina, me invitaron a Perú, yo preparé este artículo, ellos lo publicaron en la versión de SEDRONAR peruano allá. Y esa es la idea, digamos en realidad, de lo que se trata es, no de crear nuevos investigadores. Si se da, bueno, mejor. Pero en realidad, lo que se trata es de que el que está dando acciones en el campo concreto de trabajo, tenga la herramienta de la investigación como una herramienta más. Entonces, yo no quiero a un investigador del C.O.N.I.C.E.T. en Orán, yo lo que quiero es que el médico, la consulta, de Orán pueda usar una herramienta metodológica que le permita hacer el monitoreo de lo que ocurre. Para eso en todo caso, yo como investigador del C.O.N.I.C.E.T., mi función es transferir una tecnología por lo cual él pueda objetivar su propia práctica, que es lo que hoy en día no puede hacer.

- Vos dijiste tres condiciones, yo de memoria...
- Sí, la participación,
- Instalar un sistema de operación
- La participación de la comunidad, el involucrar a las instituciones que están dando respuesta y el entramado con la planificación local.
- Esto está claro, a efecto de como vos concebís la vigilancia injertada en esto de los mismos planes de operaciones, no fuera ni en una cosa...
- No como una cosa diferenciada, si existe una cosa diferenciada, entre comillas yo por ejemplo, como investigador de epidemiología psiquiátrica del C.O.N.I.C.E.T., yo en ese caso soy un soporte técnico, y mi función es transferir tecnología y capacitar. Pero mi función en realidad es apoyar a centros locales que se desarrollen. Yo lo que estoy usando acá tiene una matriz muy clara, son los conceptos de Juan Marconi de máximo operante y de mínimo permisible. Yo soy el máximo operante, mi función es transferir y lo que yo tengo que hacer es no crear nuevos recursos complejos en un lugar, a lo mejor, fuera de los grandes centros; sino apoyar para que se salve localmente una instancia de monitoreo local. Este es un poco el concepto, ¿no?
- ¿Vos lo consideras centrado, digamos para vos el informador o el recolector de información, es el médico en medición primaria o es más que nada ...
- No, son tres áreas. Creo que eso está ahí, pero sino, buscalo en esta otra, acá, donde dice "epidemiología comunitaria en adicciones". ¿Ok? Buscaste acá incluso en las tapas, ahora no sale porque acá están los gráficos y lo demás.
- Es decir, terminaste diciendo que hay tres áreas.
- Puede haber más digamos, o sea un área que tiene que ver con salud, un área que tiene que ver con educación y otra que tiene que ver con bienestar. Yo acá en salud, generalmente lo que quiero es para entender el hospital, si mañana es la clínica, es lo mismo. En educación, obviamente es la escuela, si hubiera una universidad también y acá lo que son programas municipales. El centro de estudios locales que es la unidad de monitoreo, en realidad lo que hace es capacitar al médico de la emergencia, capacitar al maestro de la escuela, capacitar al responsable del programa municipal; y la información va al centro de monitoreo. Éste es el integrador, es el que hace el monitoreo de lo que está ocurriendo. Entonces vos tenés lo que te dicen el médico de la emergencia que está recogiendo el episodio agudo, el

que recoge lo que se descontroló en la calle. Eso no llega muchas veces al hospital, a la clínica, llega a la emergencia. Tenés monitoreo en patrón de actitudes a través de la escuela, nosotros decimos escuela puede ser un club también, el que esté llevando adelante una tarea preventiva importante. Y tenés el monitoreo desde un programa municipal que está teniendo grupos de riesgo por ahí. Es decir, a dónde voy yo con la vigilancia epidemiológica en drogas y diría en trastornos mentales en general, yo voy a un sólo punto que es crear una red de alarma temprana, ese es el objetivo, yo no quiero detectar a la hora de autopsia, no quiero una detección de crónicos, porque eso ya socialmente ya está, hasta para las estigmatizaciones, lo que realmente no se registra en el campo de salud mental, por consiguiente en drogas son los estadios iniciales, digamos tenemos un equipo de bomberos que llega cuando ya el incendio terminó. Entonces lo que necesitamos es, de la red, el arma temprana que avise cuando la cosa está comenzando. Esto no es menor para un tema como drogas y alcohol, porque además en este caso, la problemática es muy dinámica. No es lo mismo monitorear esquizofrenia que monitorear consumo de drogas. Porque la esquizofrenia tiene algunos factores de preventibilidad, por lo menos habrá que leer el premio, más o menos va a aparecer ahí, sobre alrededor de los diecisiete, dieciocho, veinte; y para cierta población y con ciertos indicadores. Acá la problemática de drogas, hoy cambió la quetamina por otras sustancias, o empezaron a mezclar y cambió el perfil de mortalidad. El dinamismo y el cambio que tiene el tema de drogas, lo tienen pocas patologías.

- Por eso hay que generar esto temprano
- Claro, porque, escuchame, lo vi en Costa Rica. En Costa Rica los chicos inhalaban en cajitas, viste como las cajitas de los jugos, el tetrabrick. La policía empieza a perseguirlos, y entonces cuando ven a un chico con una cajita en la boca ya le caían. Entonces, ¿qué hacen los chicos?, te estoy hablando de una historia que tiene veinte años, el chico pasa a inhalar con naranjas, compra una naranja, la ahuecan, la llenan con cemento, entonces los policías ven a un chico comiendo una naranja, en realidad está inhalando. Lo descubren, entonces los chicos pasan a inhalar en bolsas de plástico, en saché de leche, la cargan y la inhalan, con los viejos hábitos de recostarse, perdió la movilidad porque los chicos se desvanecen con la bolsa puesta. Ahora, ese cambio ya no de sustancia sino de administración del envase rígido al envase blando, eso tiene que tener el informe médico de la emergencia, él no puede depender de un estudio epidemiológico de hogares. Él tiene que tener ya el informe, porque a él le llegó un chico desmayado a la guardia, él piensa que es un efecto de alguna otra clase porque está desconociendo cuales son los patrones que están instalados de consumo. Por ejemplo la forma de administración. Eso vale para la mayor parte de las cosas que se consumen. Nosotros no tenemos monitoreo temprano
- ¿Hay en la Argentina?
- No, no hay. Salvo la experiencia que nosotros estamos haciendo
- ¿Acá en la provincia de Buenos Aires?

- No, a nivel de Nación y en la provincia de Buenos Aires que son los centros de estudios locales, en realidad a lo que apuntamos es a eso. O sea, los centros de estudios locales hoy tenemos, en la provincia de Buenos Aires, cerca de veinte
- ¿Y están relevando información?
- Claro
- Han hecho acuerdos entonces
- Son acuerdos, digamos... (suenan celulares, era Roberto)
- Yo te pregunté si ustedes estaban haciendo convenios con...
- Ah, mirá esta es una idea muy costosa para mí. El cantérmino es que es un proyecto de policías y con eso lo transfiere a la comunidad y que no le pide nada en cambio. Este proyecto se viene haciendo desde el año 1998 y tengo acumuladas ya tres renunciaciones, la última fue en el 2000. Las instituciones que lo apoyan entienden que cuando apoyan esto, apoyan que significa que te pagan las fotocopias y que eso alguna vez perderán... Es un zorzal
- (comentarios sobre el zorzal)
- Cuál es la manera que nosotros sigamos, vos entendolo así, yo llegué a una comunidad y me preocupa quiénes están trabajando en el área de prevención y asistencia que tiene que ver con las adicciones. No pregunto por el organigrama, empiezo por quiénes están en el campo concreto. No es lo mismo la gente de la trinchera. Porque yo localizo la gente de la trinchera, normalmente esa gente no tiene ninguna capacitación en el área de registro, pero son los que están dando una respuesta, que cruel realidad, porque los que están dando una respuesta son precisamente los que no registran lo que están haciendo. Y a lo mejor aunque quede algún registro estadístico mal o bien, es alguien que está en un nivel donde no tiene ninguna trascendencia. Entonces yo a toda esta gente lo que le planteo en realidad es que nosotros le transferimos una tecnología, le hacemos la capacitación, le pasamos el software, los cuestionarios, les enseñamos cómo muestrear, les damos un paquete completo y ellos no necesitan a partir de ahí, más nada, le damos todo. Si ellos después de eso quieren seguir ligados con nosotros, se integran a la red, si no quieren dame la mano y a otra cosa. Esto funcionó muy bien, porque nos permitió entrar a lugares que tradicionalmente nadie quería saber nada con ninguna clase de capacitación de esta clase. Además la dificultad que hemos pasado a lo largo de todos estos años, el motivo de mis tres renunciaciones, es que cuando una institución te apoya, ¿qué significa apoyar?, apoyar significa que van a la comunidad de Tartagal y le pagan las fotocopias del cuestionario, doscientos pesos. Por ahí le pagan el viaje a un asistente mío que es el que va a Tartagal, digo Tartagal puede ser cualquiera, para ver si les instala el programa en la máquina, les da la capacitación. Luego el teléfono o Internet, o sea son centavos. En las instituciones que hacen eso, indirectamente tienen que ir con un sello que diga "esto se hizo gracias a..."
- Movicom
- Claro, ojalá fuera Movicom, en realidad son siempre empresas del estado, perdón estoy hablando de instituciones del estado. Y eso me ha pasado incluso con gente, vos los conoces, sumamente ligada conmigo,

inmediatamente quieren salir a ponerles el sello encima. Con lo cual eso, rompe el contrato que tengo con esta gente, porque yo en realidad lo que les ofrecí fue una tecnología sin contraprestación de eso. Bien, así y todo tenemos en este momento sesenta centros a nivel de Nación, veinte a nivel del Estado, veinte a nivel de provincia de Buenos Aires, la mayoría dentro de la sub-secretaría y cuando realmente las situaciones se ponen demasiado así, en tratar de ponerle el nombre al proyecto yo me retiro.

- En todos los casos que tenés, tenés esta mezcla de instituciones trabajando o en alguna tenés chuecas, digamos en algunas tenés la gente de comunidad o bienestar social y te falta el actual...
- Sí, sí, sí, o puede ser la misma gente que tiene más desarrollada un área que no otra. Si vos te fijás en la página de los centros de estudios locales, ¿vos la conocés la página?,
- Y es ...
- Bueno, exacto, en esa página está en dónde está el hospital, en dónde está la escuela, cada uno, uno de los lugares más completos que tenemos es Clorinda, porque ahí hay estudios sobre emergencias, hay estudios sobre escuelas, hay estudios sobre centros sociales
- Y vos tenés que focalizar los registros que requería la escuela, los que requería el hospital y los que requería el programa municipal
- Sí, eso está en el administrador. Que es mínimo porque en realidad este sistema funciona con poco, es mínimo. Lo que necesitamos en realidad son tres personas o cuatro que estén dispuestas a capacitarse y en realidad, hacer lo que hacían siempre pero ahora empezar a registrarlo y a levantarlo.
- Y qué espera de estos casos, digamos por ejemplo, un centro que funcione bien como Clorinda que no tenés dudas, que la información es obligatoria
- Lo que te da es, a nivel de salud, las emergencias indican el estar de episodios agudos, es decir el descontrol con abuso de drogas o con abuso de alcohol, o sea lo que ocurre en la calle. A nivel de las escuelas tenés el patrón actitudinal y de creencia, además de una medición de prevalencias, yo te digo escuelas pero pueden ser clubes o pueden ser organizaciones normales ¿no?
- Organizaciones complementarias, la escuela es la mejor digamos
- Pero puede haber otras. Y a nivel de bienestar social, los grupos de riesgo con los que ellos están trabajando. Entonces a mí me da un mosaico, que me sirve para un diagnóstico local. Ahora, yo no estoy diciendo que esos estudios locales puedan sumarse y dar un perfil provincial. Esa es otra de las discusiones que hemos tenido. Lo que estoy diciendo es, en realidad el énfasis del sistema de monitoreo es local. Digamos cuando la gran estadística va a decir que la provincia tal tiene 43.7%, para eso están los estudios de hogar, están esas cosas. Estos son estudios locales. ¿Cuál es la importancia del estudio local?, porque si uno tiene esta información, entonces se cumple el tercer factor que yo te decía, y entramos en la planificación local. Entonces, ahí uno llama a los padres y les dice, "mire, sus chicos están pasando acá las fiestas con, de tres litros de cerveza para arriba, qué opinan ustedes, qué se hace", entonces se involucra a la comunidad en el análisis de los datos. Vos vas a ver que yo tengo en el

trabajo este de epidemiología comunitaria, yo cuestiono fuertemente el concepto de devolución, eso de si se devuelve a la comunidad los resultados.

- Me comentó que le llamó la atención lo que inspeccionó con respecto al cólera
- Claro, exactamente, por eso te llamé para el tema de SEDRONAR. Yo cuestiono el concepto de devolución, el concepto de devolución sigue siendo el mismo modelo vía médico del experto que está en un lado analiza y le cuenta a los otros lo que les pasa. La devolución se llega al desacuerdo de la comunidad en este factor y después se lo dio, yo no quiero eso. Yo creo que el concepto de devolución se rompería si el análisis para la gente...
- De la operación
- Claro. El análisis va con la gente. Entonces, está bien, la gente a veces no sabe analizar los datos. Bueno, ¿cuál es la función del máximo operante ahí?, establecer la metodología pedagógica para que la gente pueda discutir los datos y sobre eso planear. Entonces, a cada instrumento, nosotros le hicimos, siguiendo el modelo Freudiano, palabras claves para discutir los resultados estadísticos. Entonces, sobre esa base se llega a un diagnóstico local, donde participa la gente de la comunidad, que tampoco suele ser la gente de la comunidad, tiene que estar representado de alguna manera lo que tiene que ver con la acción comunitaria. Y con eso se arma un programa preventivo. Ahí, es donde cierra esto como vigilancia epidemiológica y planificación comunitaria. Porque vigilancia epidemiológica sin planificación comunitaria yo realmente no...
- Sí, no es tan fácil la vigilancia si no se traduce en una operación concreta para cambios, no tiene sentido, vigilar por vigilar.
- Interesante, interesante sobre todo porque es un concepto de arranque local. Es un programa que va creciendo por oposición, a medida que se van sumando, no es posible que haya una orientación del Estado, una orientación...
- Claro, el crecimiento para nosotros en radial, en realidad su centro. Va creciendo en ese sentido
- Por eso te digo por oposición, por expansión de un núcleo, no es tampoco una esfera, sino que viene de afuera
- Claro, ese es el problema y eso es lo que me ha llevado a diferencias importantes.
- Me parece que claro, seguramente, la orientación de ver a esos grupos operando tan intensamente, genera algún tipo de hito. Pero más allá de eso, que preguntabas si tenía alguna metodología de procesamiento de la información.
- Si claro
- ¿Y eso se hace localmente también?
- Si, hicimos una interfase con el programa de Epinc Nosotros nos movemos con el programa de Epinc, además nos movemos con el programa de Epinc de dominio público. Hicimos una interfase más amigable, donde ellos cargan los datos y los procesan con el programa de Epinc. Ahora el Epinc se usa para Windows



- Lo hicieron los españoles, hicieron una adaptación a Windows. ¿Tienen que hacer el análisis del dato también?
- Claro, o sea, el tema es así, vos tendrías que verlo, no se si está en el manual. Lo que nosotros hacemos es le instalamos el software y luego hacen el diagnóstico de comunidad. Acá esta lo que yo te mostraba, y es decir acá esta la parte de instrumentos, y además de los instrumentos, que ahora es más fácil, porque hace tiempo nosotros teníamos que trabajar con DOS, les decíamos cómo se procesaba estadísticamente, ya sea cómo se instalaba el programa. Una vez que ellos tenían...
- Mejor los ponés en una reunión, anual, mensual, de análisis
- En días semanales tenemos la formación de los instrumentos. Cuando ellos tienen la base de datos, entonces abrimos esta otra parte, que es la que yo te comentaba. Acá está el cuestionario sobre esta marca y acá están las preguntas para armar el terreno.
- Es una operación, digamos...
- Una operación de planeamiento. Tiene que ser de planeamiento porque acá están interpretando los datos, entonces analizan y proponen. Fijate que cada cosa, cada sesión termina con qué recomendación. Si vos ayer invitaste a la maestra, al dueño del supermercado, a los que son realmente los que mueven esta comunidad local, tenés que seguir un plan. Entonces los datos se analizan, y el que hace la capacitación de esto, la gente de la comunidad, esas tres personas que recogieron los datos, nosotros los capacitamos. Con eso los chicos terminan en un pequeño plan local.
- (Conducta de riesgo en adolescentes y Corina esta con riesgo en niños)
- Esa es la idea
- ¿Este cuestionario es al que se somete a los chicos, a los jóvenes? Y el análisis lo hacen ellos en función de las tabulaciones, las preguntas que tienen anotado
- Si
- ¿Y los centros locales, vos los tenés divididos por el país o tenés solamente en el área de Neuquén?
- En un tiempo la única provincia que no teníamos era Catamarca, pero estaban casi todas las provincias. Teníamos unos 60 centros, pero ahora hay 80, algunos desaparecen, la gente se cansa o se va, otros se reponen. Pero estamos del año 1998. Puedo hacerlo por SEDRONAR hasta el año 2000, ahora están adoptados por la provincia de Buenos Aires
- Donde te estableces podés lograr el apoyo, supuestamente
- Aunque te parezca mentira, nuestro problema más grave sabés cuál es, son las fotocopias, para poder duplicar los cuestionarios, porque la gente de la comunidad no tiene la plata para las fotocopias. Por eso nosotros les decimos que tiene que haber una ingeniería de la reunión, o sea, a quién se convoca de la comunidad. Convoquen a la comunidad, no convoques solo médicos, convoquen también al dueño del supermercado, porque esa es la mejora si mañana colabora con las fotocopias para poder duplicar los cuestionarios. Convoquen a la gente del Rotary o al Leones, la gente que además les pueda dar sustento a la acción de ustedes. Es decir, esto para mí es, en materia de salud mental donde está incluido el tema de

- adiciones tenés, un sistema de alarma temprana y dada la acción y con habilitar a la comunidad para que participe.
- Vos es la segunda vez que planteas, en salud mental en general, ¿en qué otro aspecto vos pensás que...?
  - Violencia,
  - Es como un tema teórico, perdón no es que se instale en seguida, sino digo que es interesante porque la violencia no está dentro de los catálogos de diagnóstico. Porque últimamente los catálogos están mucho más bien por la línea farmacéutica
  - Claro, pero está considerado por la OMS como un trastorno del tercer estadio
  - Si, si, si, y además los sistemas de vigilancia de violencia lo repiten. A vos te parece que podríamos dar
  - Violencia, accidentes, todo el tema de accidentes laborales, porque estos centros acordate que yo comencé en campo laboral, entonces también hemos planteado centros de estudios laborales. Plantear un centro de estudios de esta clase pero al interior, un lugar de trabajo. Con monitoreo ejemplar, quién monitorea dentro del centro laboral, y la comisión de higiene y seguridad
  - La cosa es como disgregar el concepto de vigilancia en un programa nacional sino usarlo en función de las oportunidades locales, la oportunidad y las prevalencias locales, digamos los ritos locales. Hablo de la necesidad...
  - De ir incitando la respuesta. Digamos, esto no excluye otras acciones, lo que yo estoy planteando es, hoy en día, la gente, la gente de la primera línea, la gente que está dando respuestas en el campo preventivo y asistencial, es normalmente la gente más huérfana de apoyo en materia de monitoreo y evaluación. La evaluación es la herramienta normalmente del sector burocrática que al contrario no transmiten hacia abajo ni.... ¿Cuál es el problema que tiene el centro de estudios locales? Que saben más que el político local, ese es el problema que a mediano plazo tienen. Porque entonces nombraron al representante de la droga de la comunidad de...Fulano, y hay un grupo en la comunidad que sabe lo que está ocurriendo. Eso pasa a nivel de Nación también, pasa en todos los niveles también. La comunidad sabe lo que está pasando con el tema del alcohol, con el tema de la medicación, con el tema de las drogas, y además no solamente lo sabe, lo quiere poner por escrito arriba de una mesa. Acá va el burocratón que va a hablar del 14.4%
  - Sabés que estaba pensando, sino me parece que es como equivalente viste que hay una posición de psicólogo social, que tiende a hacer psicología grupal, eso sería como ser epidemiólogo social, diría
  - Claro, yo defino todo esto como campo de psicología comunitaria esa es mi visión.
  - ¿Por qué la psicología si también ocupa otros campos?
  - Porque nosotros en realidad estamos midiendo lo que tiene que ver con factores correctores, vinculados a creencias, actitudes, sistemas de representación y pensamos que el sistema de representación es el área de trabajo del psicólogo, el sistema de representaciones sociales que promueve, digamos, niveles de riesgos diferentes. No ni siquiera medios de



tratamiento, porque yo estoy buscando esto básicamente sobre todo en el campo de la prevención. Y la prevención tiene que estar sobre el sistema de creencias, no sobre las prácticas.

- La verdad que no estoy en condiciones físicas para seguir escuchando y trataré de metabolizar después lo que me está diciendo
- ¿No tenés el librito ese?
- ¿El último que sacaste?
- El verde, ése. Yo grafiqué una pirámide y establecí dos lugares exactamente a nivel de la provincia primaria del sistema de representación. Es lo que son patrones de farmacologización de la vida cotidiana Un sistema de representación donde la gente empieza de alguna manera, capacitada para no desatar los conflictos, no para neutralizarlos farmacológicamente. Poblaciones que no resuelven nada ni afrontan nada. Eso en el sistema de representación, desde ningún punto de vista entra en el campo de la psicología social, no configura un trastorno exactamente, el nivel de riesgo es importante, y debiera ser el material de la psicología. Eso no tiene nada que ver con la psicología de hoy en la Argentina, que tiene una ruta absolutamente diferente que yo no comparto en lo más mínimo, entonces yo estoy mucho más cercano a los educadores, a los trabajadores sociales
- Si, entiendo, además por la índole de lo que está pasando es lógico que...

**11. Lic. Ana Arevalos. Dirección de Salud Mental de Salta**

1. **Lugar:** Salta - Capital

2. **Posición-cargo :** Supervisora del Programa de Vigilancia

Epidemiológica – Coordinación de Salud

Mental – Ministerio Salud Publica de Salta

3. **Ámbito de competencia :** Toda la Provincia de Salta

21. ¿Qué vinculación existe entre su área de competencia y los temas de Salud mental?

Desde la Coordinación de Salud Mental se planifican intervenciones, proyectos específicos y estrategias de acción, que implementará en función de las necesidades reales del contexto comunitario partiendo del análisis situacional y con el objetivo de evitar o reducir el daño psíquico de la población.

La finalidad que persigue la Supervisión de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental es:

- suministrar información básica para la planificación en salud.
- suministrar información básica para la acción y/o evaluación de los programas específicos
- estimular líneas de investigación para el uso racional de los recursos a utilizar en las medidas de prevención y control.
- mejorar el conocimiento de la historia natural de enfermedades para intervenir en ellas con mayor efectividad

- consultaría de casos específicos y evaluación de las medidas propuestas
- vigilancia continua con informes periódicos de complicaciones
- describir epidemiológicamente la situación de salud- enfermedad mental de la población
- brindar un panorama claro sobre la cobertura del sistema de atención en salud mental
- permitir la toma de decisiones.
- evaluar la eficacia y efectividad de las acciones y programas, midiendo su impacto y resultado.
- analizar la accesibilidad al sistema y la disponibilidad y distribución de recursos.
- monitorear recursos y estructuras existentes
- análisis de morbilidad
- realizar geo-referenciamiento

22. ¿En su área, respecto de salud mental, toma decisiones?

Se toman decisiones en cuanto a las políticas de salud mental que llevara a cabo el Ministerio de Salud de la Provincia

23. ¿Propone decisiones, analizando información?

Todas las decisiones que se toman con respecto a la Salud Mental, se toman en base a información que recoge y maneja la Coordinación de Salud Mental y con la información que es provista por el programa de Estadísticas de Salud del Ministerio en cuanto a morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento, lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada.

24. ¿Investiga?

Cada año, se programan trabajos de investigación que son realizados a lo largo del año, sobre temáticas de interés para la coordinación.

25. ¿Qué información recibe sobre salud mental?

- Consultas ambulatorias realizadas en los servicios de psicología, psiquiatría de los hospitales y servicios de salud en general del sector público.
- Información de internación de pacientes con diagnóstico principal de egreso relacionado a Salud Mental de los hospitales del sector público.
- Información estadística sobre movimiento de pacientes y utilización de camas en salud mental de los hospitales del sector público.
- Información estadística de prestaciones individuales en salud mental.
- Información estadística de prestaciones grupales en salud mental.

- Información estadística de enfermedades sobreagregadas en pacientes internados en salud mental
  - Información estadística de hospital de día en salud mental.
  - Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada del sector público y privado.
26. ¿Esta información le resulta suficiente para las funciones que Ud. cumple?
- Funciones ejecutivas SI
  - Consultoría / Asesoramiento SI
  - Investigación SI
27. En su quehacer cotidiano y según las funciones arriba señaladas por usted, ¿podría distinguir aspectos específicos de salud mental que considera relevantes? (Nos referimos a si podría fraccionar el campo de la salud mental). ¿Cuáles son?

**Dentro de lo que serían los:**

**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO** se podría fraccionar en:

- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol.
- Episodios Depresivos. Incluye Episodios: Depresivo leve. Depresivo Moderado. Depresivo Grave
- Trastorno de Ansiedad Fóbica. Incluye: Agorafobia Fobia social Fobia específica
- Otros trastornos de Ansiedad. Incluye: Trastorno de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada
- TOC ( Trastornos Obsesivos Compulsivos)
- Trastornos Disociativos (de conversión)
- Trastornos somatomorfos. Trastornos de somatización. Trastornos de hipocondríacos
- Trastornos de la Conducta Alimentaria. Incluye: Anorexia Bulimia Hiperfagia. Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastorno específico del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Trastornos Disociales. Incluye: Trastorno disocial limitado al contexto familiar. Trastorno disocial en niños no socializados. Trastorno disocial en niños socializados. Trastorno disocial desafiante y oposicionista
- Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia. Incluye: Enuresis

Encopresis Trastorno de la conducta alimentaria en la Infancia. Pica  
Tartamudeo

- Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidos las circunstancias familiares.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- Esquizofrenia trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes
- Trastornos del humor (afectivos)
- Trastornos neuróticos trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- Trastornos del desarrollo psicológico
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

**Dentro de las LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE se podrían fraccionar en:**

- Envenamamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a otros gases y vapores
- Envenamamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas y los n/espec.
- Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
  
- Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
  
- Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego y las no especificadas

28. ¿Recibe información suficiente sobre cada uno de estos aspectos?

Se recibe en cuanto a morbilidad toda la información correspondiente al sector público y en cuanto a mortalidad tanto del sector publico como del privado

29. ¿La recibe a tiempo?

Mensualmente.

30. ¿Quién se la provee?

- La información de morbilidad la proveen los hospitales y servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud.
- La de mortalidad los hospitales del sector publico y los registros civiles de toda la provincia

31. ¿Qué flujo tiene?

La información es relevada a nivel local y enviada a nivel central para su codificación, procesamiento y análisis.

32. ¿Le resulta confiable?

Es confiable, el problema a determinar es el subregistro que puede existir.

33. ¿Cree que la fuente está capacitada para generarla?

Si esta capacitada, pero debería actualizarse esta capacitación como así también mostrarles la importancia de un buen registro de estas patologías.

34. ¿Dispone de algún sistema de alerta o vigilancia sobre algunos de estos temas?

Desde el Ministerio de Salud se está trabajando en la elaboración de un sistema de alerta o unidades centinelas.

35. ¿Hubo alguna situación en que haya tenido que utilizar la información del sistema de alerta?

Sin tener aun armado un sistema de alerta, pero al contar con información oportuna y confiable, se trabajó en el problema de suicidios en adolescentes.

36. ¿Cuál es la última que recuerda?

Suicidios en los adolescentes

37. ¿Recibe la información con el tipo y grado de análisis que usted necesita, lista para tomar decisiones?

Los datos llegan de los niveles locales y en el nivel central se consiste, repara, codifica, graba, procesa y analiza

38. Qué otro tipo de información cree usted que necesita para:

Consideramos que con la información que se cuenta en este momento se puede llevar a cabo los tres aspectos enunciados

- Tomar decisiones
- Analizar
- Investigar

39. ¿Sobre qué otro tipo de situación o evento cree necesario estar informado?

Específicamente en adicciones, patologías sociales como violencia familiar, etc.

40. De todos los aspectos mencionados en esta entrevista le solicitamos que liste en orden de importancia las situaciones o eventos acerca de los cuales las considera que debiera estar adecuadamente informado:

Nos gustaría conocer esta misma realidad en el resto de las provincias y conocer el nombre de la persona que es referente en cada una de ellas a fin de estar comunicados.

**12. Dra. Clara Riva Posse. Provincia de Río Negro.**

- Lugar: Viedma – RIO NEGRO
- Posición-cargo: Asesora Técnica Delegación Sanitaria Federal en Río Negro
- Ámbito de competencia: Asesoría en Epidemiología

1. ¿Qué vinculación existe entre su área de competencia y los temas de Salud mental?

- La DSFRN coordina con la provincia, administra y supervisa la Residencia en Salud Mental Comunitaria de Río Negro, financiada por el Area de Recursos Humanos de la Nación. Desde esa responsabilidad se coordina con el Departamento de Salud Mental de la Prov. de Río Negro la docencia y capacitación en epidemiología, prioritaria para residentes y extensiva a los profesionales provinciales. A su solicitud se asesora también en registro de actividades y se aportan investigaciones sobre temas locales.
- Coordinación de docencia en Epidemiología con el Area de Salud Mental y Comportamiento Saludable del nivel central ministerial para el dictado del Curso de Epidemiología Básica en SM en las provincias con la financiación del Programa VIGI+A. Asesoría al Area en programación de actividades para el desarrollo de la epidemiología en SM en el país: Vigilancia Epidemiológica, construcción de indicadores, protocolos de investigación. Redacción de los documentos correspondientes.

7. ¿En su área, respecto de salud mental, toma decisiones?

No

8. ¿Propone decisiones, analizando información?

Sí, en especial en los temas de vigilancia de patologías, registros y en investigación

9. ¿Investiga?

Sí, a nivel descriptivo

10. ¿Qué información recibe sobre salud mental?

Aquella proveniente de los registros continuos nacionales e internacionales, así como de trabajos de investigación nacionales que me acercan para su crítica -en general de base hospitalaria- e internacionales por medio de revistas e internet.

11. Esta información ¿le resulta suficiente para las funciones que ud. cumple?

- Funciones ejecutivas
- Consultoría / Asesoramiento X
- Investigación X

No. Es notoria la falta de información confiable en SM de nuestro país, tanto para el conocimiento de la epidemiología de los trastornos mentales como para establecer perfiles administrativo-técnicos del funcionamiento de la atención: oferta, demanda, tipo de servicios, personal dedicado, cargas de trabajo, etc. Esta situación se refiere a la inexistencia de registros continuos de atención externa en el sector oficial (consultorio y área hospitalaria), a veces extensiva a los egresos, y a la ausencia de encuestas de morbilidad de base comunitaria.

12. En su quehacer cotidiano y según las funciones arriba señaladas por usted, ¿podría distinguir aspectos específicos de salud mental que considera relevantes? (Nos referimos a si podría fraccionar el campo de la salud mental). ¿Cuáles son?

Es cierto que el estado de salud (no sólo mental) individual y colectiva no es susceptible de fraccionamiento.

Sin embargo, si lo es la administración de servicios de salud y atención de patologías. En ese aspecto es relevante conocer la distribución y características de la oferta, en especial en el área de atención comunitaria, por su fundamento en la prevención; las necesidades y demandas de la población, así como efectuar la vigilancia epidemiológica de aquellos eventos que evidencien la dinámica de los cambios.

13. ¿Recibe información suficiente sobre cada uno de estos aspectos?

No, es casi inexistente en el país y en otros afines. Pero es factible a corto plazo la implementación de un sistema de registro de prestaciones externas que a la vez contemple la producción de los Servicios y la caracterización del perfil epidemiológico de la demanda, en el marco de los registros del Programa nacional de Estadísticas de Salud-PNES-. Simultáneamente se realiza la capacitación en epidemiología de referentes locales sin la cual no se efectuará el análisis de los datos y las investigaciones que profundicen en los problemas y sus soluciones.

14. ¿La recibe a tiempo?

No.

15. ¿Quién se la provee?

La única información disponible la provee el PNES y los programas de estadísticas provinciales. En lo referente a egresos hospitalarios el perfil nacional se produce cada 5 años y en algunas provincias es posible obtener los datos de series a un año calendario después. La información de consultas hospitalarias carece de uniformidad y no contempla diagnóstico, sólo volúmenes por servicio, salvo en RN en que hace unos años se efectúa el registro de actividades de los servicios incluyendo las que se realizan en la comunidad pero que todavía no incluye diagnóstico. En cuanto a la extrapolación de datos de mortalidad para conocer perfil de patologías de causa F se entrega a un año calendario después y adolece de problemas de registro tanto del profesional que firma el certificado de defunción como de los Registros Civiles que recolectan el dato.

16.¿Qué flujo tiene?

La información antes detallada debe ser solicitada.

17.¿Le resulta confiable?

Es relativo, si el propósito es conocer las patologías prevalentes no lo es en todas las provincias o servicios de una en especial.

18.¿Cree que la fuente está capacitada para generarla?

Sí. La información necesaria para conocer la oferta y el perfil de los TM, al igual que en cualquier otra especialidad, proviene del registro de las actividades de atención.

19.¿Dispone de algún sistema de alerta o vigilancia sobre algunos de estos temas?

No

20.¿Hubo alguna situación en que haya tenido que utilizar la información del sistema de alerta?

Deberíamos disponer de esa información en casos como el de Patagones o en los brotes de suicidio juvenil, pero no está instrumentada.

21.¿Cuál es la última que recuerda?

22.¿Recibe la información con el tipo y grado de análisis que usted necesita, lista para tomar decisiones?

No.

23.¿Qué otro tipo de información cree usted que necesita para:

- Tomar decisiones
- Analizar
- Investigar

Para todo ello es necesaria la implementación del registro antes propuesto.

24.¿Sobre qué otro tipo de situación o evento cree necesario estar informado?

Oferta de servicios de otras áreas sociales que propendan la SM

Evaluación de programas de atención en especial primaria.

25.De todos los aspectos mencionados en esta entrevista le solicitamos que liste en orden de importancia las situaciones o eventos acerca de los cuales las considera que debiera estar adecuadamente informado:

- Perfil de patologías de primera vez de la demanda hospitalaria
- Encuestas de síntomas de TM
- Necesidades sentidas de la población
- Indicadores de SM



**13. Dr. Leguiza (3/08/05) Gerencia de Gestión Estratégica.  
Sup. de Serv. de Salud**

La SSSalud posee un formulario de recolección de información que debe ser reportado por las obras sociales en forma trimestral, en el cual se relevan datos de **producción** de los servicios y datos acerca de algunas patologías o grupos **diagnósticos** seleccionados.

Dentro de la información sobre diagnósticos que deben reportar las obras sociales existen 4 patologías que corresponden al campo de la salud mental:

- Alcoholismo
- Drogadependencia
- Bulimia
- Anorexia

El evento que se reporta es el **número de pacientes en tratamiento** para cada una de esas patologías distribuidos por jurisdicción.

Se trata por lo tanto de la **prevalencia** trimestral de pacientes en tratamiento.

Refiere que el porcentaje de respuesta por parte de los agentes del seguro es aproximadamente del 80%.

Consideran que la confiabilidad de la información es baja por lo que están tratando de mejorar la calidad del registro.

## Anexo VIII: Archivo de resultado de entrevistas a “productores”

<b>Apellido y nombre:</b> Dra. Maria Esther Alvarez			
<b>Institución:</b> Centro de Salud Mental N° 3 “Arturo Ameghino”			
<b>Cargo / Función:</b> Jefa del Departamento Asistencial			
Tipo de Institución	Sector Público	Hospital Monovalente	
		<b>Centro Ambulatorio de Salud Mental y Hospital de Día</b>	X
		Centro de Atención Primaria	
	Sector Privado	Clínica Privada de Internación	
		Centro de Salud Mental Ambulatorio	
	Policía		
	Escuela		

### Entrevista en el Centro Ameghino

Se pide entrevista con el Dr. Slipak, Director del Centro, a quien se le comentan los motivos de la investigación. Nos deriva a la Jefa de Docencia e Investigación Lic. Pipkin quien nos recibe con poco tiempo y sin demasiado interés. Nos da una cita unos días después para la entrevista. Cuando comienza la entrevista se da cuenta que ella no es la indicada para responder la entrevista y nos manda a la Dra. Alvarez, Jefa del Departamento Asistencial.

La Dra. Alvarez comenta: que se produce un Registro Administrativo llenando un Formulario que se titula “Registro de Actividades en Consultorio Externo”. El mismo se usa para registrar las actividades de Hospital de Día. Es un censo de la Actividad de cada profesional que se debe llenar cada día para luego ser entregado cada mes. Se utiliza para evaluar la actividad de cada profesional y llevar un registro administrativo de la institución.

Los datos que se consigna en el formulario son de tipo **administrativos**: tipo y n° de consultas, tipo de prestación. Este Formulario fue definido por consenso en el Centro y luego se estableció un **consenso** con las

autoridades de la Dirección de Salud Mental de la CABA cuyas oficinas funcionan en el Centro.

Se intentó que se incluyeran en el Registro las actividades formativas como actividades docentes. No hubo acuerdo. La información a registrar se definió por consenso, se acordó en la cantidad de pacientes por profesional, el tiempo de atención de cada paciente. Si es consulta individual de grupo, de pareja o familia. Esta información se recoge mensualmente la función que se le asigna es de cumplir con los requisitos mínimos de registro de la actividad de cada profesional. Se acordó internamente en la institución y luego con capacitación de la Municipalidad.

Antes de estos acuerdos el registro estaba ligado a "lo médico" Sin especificar a que se refiere, aún cuando ahora hay dificultades notorias para los registros de los profesionales.

No hubo acuerdo para registrar las actividades de **formación**. Se registran una vez al año las actividades extra-asistenciales como ateneos, supervisiones, cursos para concurrentes, jornadas es un registro interno

Hubo discusiones para incluirlo en el Registro con capacitación.

Se intenta definir las horas de asistencia y de formación de cada concurrente y de cada profesional.

El Centro cuenta con un Servicio Técnico que está a cargo de un profesional con licencia permanente por enfermedad (mental). Por esa razón se hace cargo la jefa "a cargo" del departamento asistencial. Lo cual se consigna como una de las dificultades de funcionamiento más importantes del Centro para llevar adelante una tarea de registro. La organización jerárquica del Centro no cuenta con autoridades constituidas ya que los Concursos han sido permanentemente impugnados.

Se consigna que luego del consenso los profesionales registran de la misma manera los mismos tipos de datos. Pero se formula que hay dificultad para llevar adelante el registro, ya que parece haber poco interés e ignorancia de parte de profesionales para producir el registro. Se ven evaluados en su actividad.

"Costó imponerlo internamente" Hubo "dificultad para asumir el registro". Pero les fue útil: "bien **para pelear por las rentas**".

Hay acuerdo sobre los datos que se registran. **No hay preparación** previa de los profesionales sobre **como registrar**.

Los datos clínicos figuran en un **registro de admisiones** en donde se abre la Historia Clínica y se ponen los elementos semiológicos de la 1º entrevista

y el **Diagnóstico** Presuntivo. En el libro de admisiones se incluyen los datos y el Diag. Según **CIE-10**. Se lo utilizó como normativa.

Hay un problema para el registro administrativo ya que muchas veces los pacientes no se anotan en el turno del día. Entonces no queda un doble chequeo (ventanilla y registro del profesional) administrativo de la concurrencia del paciente. Los pacientes no chequeaban por ventanilla por que estaba la cooperadora en ventanilla. Ahora se corrió la cooperadora pero a veces los pacientes no pasan por ventanilla por desidia y los profesionales no piden el paso por ventanilla. Tampoco ventanilla se comunica con los profesionales para evaluar que pasa con los pacientes.

No hay red informática en el Hospital, no se pueden cruzar datos.

Los registros clínicos son deficitarios, las historias clínicas no se hacen. O no se completan o no se evolucionan debidamente. No hay acuerdo sobre como llenarlas.

El **Libro de Admisión** es de registro interno, se lo presenta a pedido de auditoria en casa que se produzca. Todos los profesionales deben hacer **admisiones** y son estas las que deben registrarse como **único dato clínico confiable**.

Últimamente se releva el lugar de **residencia** de los pacientes para evaluar la cantidad de consultas de personas residentes de la Ciudad y de afuera. Por pedido de la DSM.

El formulario de registro se hizo por consenso entre los profesionales y CABA.

Los registros no se supervisan y no hay manera de controlar la verosimilitud de los datos. Los registros no se controlan. No hay forma de cruzar los datos no se sabe si los pacientes son los que efectivamente figuran o son "dibujos". No se anotan los ausentes no hay consenso si se debe anotar a los que no vinieron. No hay confiabilidad del registro y no se tiene en cuenta las **faltas de los pacientes** como control de gestión.

Se desconocen los caminos del registro; se desconoce la 1° estación "debe ser... Dirección de estadística". No sabe si hay otra "No parece".

No hay idea de que se hace con los datos, no se espera una devolución como informe de los datos:

El **Registro** es de "uso social" (no de investigación) es mas para "registrar la **actividad** de los **profesionales**", la evalúa el director y jefes de área. No hay informe de gestión por escrito.

Las reuniones son de evaluación en CATA ampliado con coordinadores por Equipo.

No hay datos que se deban notificar obligatoriamente.

Ahora se ha hecho una Lista con pacientes de Cromañon. Enfermos y graves por problemas psíquicos y físicos.

El formulario de registro es el mismo para toda la institución. Se hace una **ficha por paciente** para no abrir una H.C. **No se abre una Historia Clínica "por si no sigue"** Con lo cual tampoco se consigna el número o las razones de las deserciones.

Las Historias Clínicas no se completan, aunque empieza a haber una preocupación actual por mala praxis. Cuando faltan datos y se verifica que faltan para presentar en juzgados se deben pagar multas. El contenido de las historias no se ha definido no hay consenso.

<b>Apellido y nombre:</b> Dra. Viviana Sala			
<b>Institución:</b> Servicio de Psicopatología del Hospital Oncológico Municipal "Marie Curie"			
<b>Cargo / Función:</b> Jefa de Servicio			
Tipo de Institución	<b>Sector Público</b>	Hospital Monovalente	
		Centro Ambulatorio de Salud Mental y Hospital de Día	
		<b>Servicio de Psicopatología en Hospital General</b>	X
	Sector Privado	Clínica Privada de Internación	
		Centro de Salud Mental Ambulatorio	
	Policía		
	Escuela		

El Servicio de Psicopatología tiene actividad de Consultorios Externos, Interconsulta y Talleres. Lleva adelante un Registro Administrativo obligatorio como "Registro de Actividades de Consultorios Externos" común a los establecimientos de la CABA. Este Registro consigna el tipo de prestación que se otorga, como de tratamiento psicoprofilaxis, psiquiatría, interconsulta, talleres, etc. Los pacientes aparecen consignados por nombre, edad, sexo y n° de Historia Clínica. Se adjunta formulario.

El Servicio lleva adelante un Registro Clínico de Actividades como Historia Clínica Unificada de Salud Mental. Esta Historia Clínica se ha consensado entre los Jefes de Servicio y se usa para el registro de la actividad clínica para los servicios de psiquiatría de los establecimientos de la Ciudad. La Historia Clínica Standard se ha aprobado por la Municipalidad y está incluida por Ley.. El Informe de la Jefa es que si bien esto se ha consensado entre los diferentes hospitales y servicios es poco extendido su uso.

A su vez este servicio cuenta con un sistema informático en red que les permite tener informatizada la prestación de servicios y su registro como Historias Clínicas. Se usa el DSM IV para codificar los diagnósticos y el resto de los datos clínicos que se usan para completar la Historia. Si bien hay preparación para llenar las Historias y un nivel homogéneo de formación de los profesionales y dentro de una línea de abordaje profesional que hace una utilización consensada del DSM IV los datos no se registran de la misma

manera., No hay acuerdo sobre lo que se registra. A veces varían los diagnósticos o en el Motivo de Consulta no hay acuerdo.

Se consigna los problemas de registro por problemas de formación. Los profesionales que llenan las Historias y los que hacen la Admisión normalmente tienen bastante experiencia clínica. Se relevan problemas formativos en la organización del diagnósticos con desconocimiento en la ubicación de los síntomas , no de las enfermedades.

El registro de la actividad administrativo se informa mensualmente, las historias están en actividad y en uso.

Los formularios se adjuntan se han consensuado y el resultado escrito es el formulario que se llena como "Historia Clínica Unificada de Salud Mental" Se informa que hay uno para Niños.

Los datos que se cargan como Historias Clínicas computadas utilizan una Base de Datos con 3 computadoras conectadas en Red.

No se supervisa el registro, la calidad de los datos no se controla y la Jefa informa que a su criterio la confiabilidad de los datos es del 60 al 70%.

Con respecto a los Registros: las Historias Clínicas quedan en el Servicio, los registro de actividad se elevan a la Dirección de Salud Mental y a la Dirección de Estadísticas de la Municipalidad.

Se hace un Informe de funcionamiento de que nivel de prestaciones y que tipo de prestaciones. NO hay Informes de Devolución de los Datos que se elevan.

Se llevan datos para uso local de evaluación y para docencia. Han hechos evaluaciones de calidad de vida y de burn out, No llevan datos estadísticos epidemiológicos.

Con respecto a la gestión del sistema se discute en reuniones de jefes de servicio.

El Servicio discute con la dirección de estadística del hospital ya que se informa localmente el número de interconsultas y de talleres pero el registro del hospital no las consigna.

Lo cual lleva a una diferencia entre el número de prestaciones efectuadas por el Servicio e informadas por el Servicio y las informadas por el Hospital. Las interconsultas se consignan en las historias clínicas.

Los talleres se hacen en consultorios y a veces en pasillos. El servicio ha implementado planillas de evaluación de calidad de vida que no se usan. Existen discusiones con el servicio de estadística.

Este es un servicio con muy buen nivel de informatización y de regulación de lo que se registra y cómo se registra. Hay discusiones con el Hospital y aún así hay eventos que no se terminan de informar.

<b>Apellido y nombre:</b> Dra. Marta Sepich			
<b>Institución:</b> Hospital Psicoasistencial José T Borda			
<b>Cargo / Función:</b> Jefa del Departamento de Auditoría			
Tipo de Institución	Sector Público	<b>Hospital Monovalente</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Centro Ambulatorio de Salud Mental	<input type="checkbox"/>
		Centro de Atención Primaria	<input type="checkbox"/>
	Sector Privado	Clínica Privada de Internación	<input type="checkbox"/>
		Centro de Salud Mental Ambulatorio	<input type="checkbox"/>
	Policía		<input type="checkbox"/>
	Escuela		<input type="checkbox"/>

Se hace una entrevista con la Dra. Sepich a cargo del Departamento de Auditoría, nos informa que el Hospital Monovalente en Salud Mental presta servicios de admisión como Hospital de Internación de Agudos y de Crónicos, hace Admisiones, funciona como Hospital de Día , Hospital de Noche, Casa de Medio Camino, y desarrolla tareas de rehabilitación en Talleres y en actividades de Terapia Ocupacional.

Tiene un Servicio de Orientación y Evaluación (SOE) donde los pacientes están 72 horas hasta decidir su ubicación y si son pacientes o no del Hospital.

El 80 % de los pacientes están bajo régimen judicial.

Se llevan registros administrativos e Historias Clínicas, también se hacen Informes de Hospitalización por Guardia.

Los registros están normatizados se consensúan entre los Jefes de servicio.

Cada Servicio tiene su propio registro clínico, está unificado por servicio Cada servicio registra de acuerdo a su criterio y los elementos que les parecen relevantes de acuerdo a la patología que manejan.

Hay un registro estadístico y cada servicio lleva una Historia Clínica y un Historia Legal. A su vez el Servicio de Auditoria lleva su propio registro.

No hay acuerdo sobre lo que se registra, no se registra clínicamente de la misma manera cada servicio lleva adelante su registro.



Los que registran no se preparan especialmente pero se los considera idóneos para el registro que se reclama

Las historias clínicas se evolucionan diariamente. Se hace un censo diario y semanal de la ocupación de los servicios.

Los códigos que se utilizan de registro son el DSM IV y el CIE -10

Las historias clínicas son de conformación propia cada servicio hace la suya.

Se adjuntan formularios de hospitalización y Censo Diario de Ocupación.

Los registros no se supervisan no se controla la calidad y el tipo de registro es confiable de acuerdo al profesional que registra

Los datos se procesan en el dpto. de auditoria y de ahí se envían a la Dirección de Estadística. Desconoce si hay una segunda estación.

Cada servicio utiliza localmente el dato e investiga a su manera.

No hay devolución de los datos. Se hacen auditorias externas

El departamento de auditoria hace una relevamiento anual.

No hay datos de notificación obligatoria.

No registra control de la gestión.

<b>Apellido y nombre:</b> Dra. Liliana Tok				
<b>Institución:</b> Hospital Municipal de Vicente López				
<b>Cargo / Función:</b> Jefa Servicio Psicopatología				
Tipo de Institución	Sector Público	Hospital Monovalente		
		<b>Centro Ambulatorio de Salud Mental y Hospital de Día</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>Hospital Polivalente</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
			Centro de Atención Primaria	
	Sector Privado		Clínica Privada de Internación	
			Centro de Salud Mental Ambulatorio	
			Policía	
		Escuela		

En el Servicio de Psicopatología asisten de manera ambulatoria las consultas que llegan a través del sistema de admisiones del Hospital y las que se producen espontáneamente (son las menos) producto de las solicitudes de médicos o de otras fuentes del Hospital. Las que vienen por el Hospital se llaman "por batería" y las entrevistan las realizan un grupo de psicólogas que ven a 8 personas por día. Ellas hacen las correspondientes derivaciones. Hay una demora previa estimada en dos meses antes de llegar a la primera consulta.

Llegan a esta consulta con un formulario de HC confeccionada desde la administración y que incluye los datos básicos (demográficos) y no es diferenciada para salud mental.

Tienen además consultas de "urgencia" , que vienen desde el servicio de Emergencias, o las calificadas como "crisis" (por quién?).

El seguimiento del camino de cada paciente lo hace cada admisor en contacto con el profesional a quien lo envía.

El formulario de admisión ya tiene impreso un espacio para poner el diagnóstico. No hay un acuerdo en el servicio sobre qué codificación o taxonomía utilizar.

Se informa el número de consultas y algunos otros datos por separado a la región sanitaria Provincial (Zona V) y a la administración del Hospital. Aparentemente el Hospital también eleva a la región sanitaria un informe de producción. No sabe si esto duplica la información.

La Historia Clínica que se utiliza es la del Hospital. No hay desarrollada una especial para Salud Mental. El archivo es también centralizado, fuera del servicio. Los profesionales que quieren garantías de preservar los datos deben confeccionar sus propias fichas de seguimiento de los pacientes.

Considera que el servicio tiene una actividad que excede a sus profesionales. Se le ha agregado ahora el examen psicológico preocupaciones de los nuevos policías provinciales.

El dato que se envía al hospital no es analizado en el servicio y tampoco el hospital lo devuelve rutinariamente con algún análisis, de modo que no haya utilización ninguna de la información. Si el servicio lo demanda el dato se informa desde la Dirección del Hospital

<b>Apellido y nombre:</b> Lic. Maria Teresa López Quirque			
<b>Institución:</b> Hospital Infanto – Juvenil “Carolina Tobar García”			
<b>Cargo / Función:</b> Jefa del Departamento Estadístico			
Tipo de Institución	<b>Sector Público</b> <b>SI</b>	<b>Hospital Monovalente</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Centro Ambulatorio de Salud Mental	<input type="checkbox"/>
		Centro de Atención Primaria	<input type="checkbox"/>
	Sector Privado	Clínica Privada de Internación	<input type="checkbox"/>
		Centro de Salud Mental Ambulatorio	<input type="checkbox"/>
	Policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Se entrevista a la jefa del departamento de estadística quien tiene formación en estadística y es lic. En trabajo social.

Se entrevista a la jefa de estadística a propósito de una derivación de la subdirectora del Hospital Dra. Moya.

El tipo de relevamiento que se hace es de tipo estadístico administrativo, desconoce si se hace un relevamiento de datos clínicos con fines de investigación. Supone que es posible aunque a requerimiento especial, de eso se encarga el dpto de docencia e investigación.

No hay relevamiento epidemiológico y el dpto de investigación hace uso de los datos esporádicamente y en temas puntuales de interés no como rutina.

La información clínica está separada de la información estadística prestacional de carácter administrativo.

El Hospital desarrolla tareas de Internación, Consultorios Externos , Hospital de Día y tiene un departamento de prevención y un servicio de guardia para urgencias.

En Internación se hace un informe de ingreso y de egreso, un informe de hospitalización, prevención tiene su propio registro de actividades y Consultorios Externos desarrolla un Registro de Actividades común a otros establecimientos y a Hospital de día.

El tipo de registro administrativo informa la actividad de los profesionales por profesional por día y luego se informa por mes en consultorios externos y Hospital de Día, y en Internación se desarrolla un Informe de Hospitalización.

Estos registros han sido consensuados en el Hospital y en la Dirección de Salud Mental de la CABA.

Los registros de Prevención no condicen con la actividad que se desarrolla, no permiten hacer una evaluación de lo que ahí se desarrolla. No figuran todas las actividades que últimamente se vienen desarrollando como por ejemplo talleres de radio, de periodismo, talleres con padres de preadoptantes.

Los consultorios ambulatorios también incluyen actividades de pediatría, neurología y ginecología que tienen sus propias planillas de registro, separadas de las de las distintas actividades de salud mental.

Los eventos que se registran están definidos , se han hecho por escrito y se adjuntan libro de normativas de la dirección de estadística que especifica las categorías y su definición por escrito.

No hay preparación previa de los que registran , "siempre hay dudas de los que se registra"

En Internación hay dudas con respecto al diagnóstico

Rehabilitación "debería pertenecer a Hospital de Día " de manera de homogeneizar el registro. Problema de intersección de sectores y de déficit de categorización de los registros.

Se hacen registros diarios de hospitalización pero no coinciden las camas informadas con los pacientes ya que hay muchos pacientes que están de permiso y se deben informar como internados

Se controla los registros por parte de los jefes, no se considera demasiado confiables los registros ya que hay distintas concepciones y eso lleva a registros poco homogeneizables. No dicen lo mismo ni informan las mismas cosas bajo el mismo rotulo.

Hay problemas de registro para las interconsultas y para las actividades de la guardia.

No se registran datos epidemiológicos de manera rutinaria.

La Guardia registra los temas de violencia pero no se traduce en la estadística. Por otro lado se trabaja mas de lo que se registra.

Los caminos del registro son paralelos: por un lado se mandan los datos a la Dirección de Estadística por otro lado se mandan a la Dirección de Salud Mental. No hay devolución y no sabe si hay conexión entre ellos. También se mandan datos a odontología.

No sabe la razón por la cual se mandan los datos en paralelo de esa manera.

La información tiene una devolución anual como datos consolidados de funcionamiento.

No hay devolución de la Dirección de Salud Mental y tampoco un informe de gestión por separado.

Son datos por Hospital en un Informe Anual del funcionamiento de todo el sistema de salud.

No hay datos de notificación obligatoria.

<b>Apellido y nombre:</b> Lic. Hugo Gorbarán			
<b>Institución:</b> ASAM S.R.L.			
<b>Cargo / Función:</b> Director			
Tipo Institución	Sector Público	Hospital Monovalente	
		Centro Ambulatorio de Salud Mental	
		Centro de Atención Primaria	
	<b>Sector Privado</b>	Clínica Privada de Internación	
		<b>Centro de Salud Mental Ambulatorio</b>	X
	Policía		
	Escuela		

Se trata de un Centro Ambulatorio de Atención, se registra la actividad mensual de cada profesional y de la institución y la actividad clínica.

Se hacen informes de admisión y se hacen evaluaciones de tratamientos, con informes administrativos y clínicos.

Las Historias Clínicas se procesan con sistema propio de codificación de datos. Se hace por paciente y por profesional.

Los eventos están definidos de manera amplia.

Los profesionales registran los datos clínicos con la codificación de DSM IV y CIE - 10

Se trata de unificar el registro pero hay falta de certeza ya que hay "subjetividad alta"

Se han hecho esfuerzos por unificar pero hay distintas ópticas y distintas escuelas.

Hay consensos en los aspectos macro , y esos pasan a los registros.

Se dieron cursos para unificar los registros.

Los registros se entregan mensualmente

No se consignan escalas para la evolución del tratamiento

Los formularios de registro se han hecho como confección propia

Cada profesional controla sus registros

La calidad se controla por épocas , se hacían reuniones de equipo . Hoy se hacen revisión cada vez que surgen problemas de registro.

La calidad no se controla "todo lo que se debería"

Los registros tienen una confiabilidad de 6 puntos sobre una escala de 1 a 10

Los registros se elevan de acuerdo al tipo de contrato, sino tienen un nivel de control clínico administrativo interno.

Se hace una síntesis administrativa y clínica para auditoria con el fin de autorizar prestaciones que se consideran necesarias.

Se mandan los pedidos para su autorización, puede tener problemas en términos de secreto profesional.

A veces se hace un registro estadístico con la cantidad de admisiones y o de consulta. . No se plantea una 2º estación para los informes que se elevan.

Se autoriza la prestación por paciente ( control por prestación. )

No hay datos de notificación obligatoria se notifica siempre el abuso sexual infantil

Uso de los datos con un sentido estadístico No se hace investigación de procesos sino investigación de cada caso pro problemas que aparecen. Sería de utilidad desarrollar una evaluación de procesos pero el problema es de costos.

Considera que hay mucho para mejorar

Con respecto al registro considera una dificultad convencer al psicólogo sobre todo al que no tiene formación hospitalaria para llevar los registros.

Observa una fuerte resistencia al registro

Considera que sin informatización no podría haber institución eficiente

### **Dr. César Luchetti**

Director General de Plural Psi

Institución Privada de Atención Integral en Salud Mental: Internación, Hospital de Día, Consultorios Externos, Urgencias.

### **Registros:**

- 1) Llevan registros administrativos en donde se inscriben las prestaciones y los contactos de cada paciente con el sistema prestador, se hace un

censo diario y por profesional y se evalúa mensualmente. Se informa al financiador cada mes, como forma de registrar la actividad y de autorizar prácticas. El sistema está informatizado.

- 2) Los registros clínicos se llevan como historia clínica. En la historia se inscriben observaciones sobre el estado del paciente y su evolución en el tiempo.
- 3) Tanto en los eventos clínicos como en los registros administrativos cada ítem registrado (evento) está previamente definido y consensuado a nivel de la coordinación de la Institución.
- 4) La forma de registro administrativo está normatizada, adecuada a la actividad y a las necesidades administrativas del manejo del sistema. Los eventos clínicos cuestan trabajo para registrar. Hay una necesidad de registrar la actividad clínica, a veces hay oposición a informar la actividad profesional. Cuesta trabajo llevarla a cabo y se observa ignorancia de los psicólogos a registrar los eventos clínicos. Se pide la Historia Clínica al finalizar el tratamiento para obligar a llevar un registro completo de la actividad.
- 5) Hay mucha dispersión en el registro clínico de los profesionales, se observa falta de claridad en los objetivos terapéuticos y en los objetivos de lo que se debe informar. Hay falta de claridad para darse cuenta de la necesidad de compartir la información. Hay tendencias a fragmentar la información. Se observa una dificultad para pensar en el "otro que recibe la información".
- 6) No hay preparación previa para organizar los registros.
- 7) Los registros se llevan mensualmente y las historias se completan en cada contacto y se informan al final del tratamiento.
- 8) Se están utilizando escalas para evaluación de resultados en psicoterapia como la SCL 90 ( check list) y la Bie ( para bienestar)
- 9) Los registros que se llevan son de confección propia, salvo en la internación que se adaptan a lo que se lleva en cada clínica. Se agrega al alta un documento en el que se incluye lo actuado , el diagnóstico y algunos comentarios como epicrisis. Se necesita como control clínico y para la facturación. Esta epicrisis tiene un criterio y confección propia.
- 10) **Supervisión:** Se hace un control administrativos de los registros, se hace mas complicado con los datos del Interior de la Prov. De Bs. As. Y de Córdoba.
- 11) Se hace una auditoria de las Historias Clínicas al final de cada tratamiento, la supervisión ambulatoria es mensual, como control de registro mensual. Se observa demora en la entrega de material por lo cual se intenta informatizar el sistema y tener un sistema de información por correo electrónico. Se intenta pasar del papel a la informatización del sistema.

- 12) La confiabilidad del sistema de registro se considera aceptable en un ranking de 1 a 10 se la considera en 4 puntos. Se observa omisión, desgano, falta de conocimiento , Las fallas en los registros de los profesionales se la atribuye a la falta de conciencia de los criterios de la organización.
- 13) **Caminos del Registro:** Se envía la información confeccionada a los coordinadores y de ahí se archiva. La información administrativa se envía a los organismos financiadores con el objetivo de autorización de prácticas y de auditoria. No hay otro camino ni estación de evaluación de los datos. Los pedidos de Información en algunos casos no están sistematizados y se llevan de manera desprolija.
- 14) No hay registros de notificación obligatoria. Se informan a los fines jurídicos las altas o suspensiones de tratamiento.
- 15) Los datos pueden ser usados para establecer el volumen prestacional , las cargas económicas, las tendencias de esa población.
- 16) Los datos clínicos se agrupan y se considera la población de alto riesgo ( P.A.R.) como un grupo diferenciado para una atención particularizada. Se usa como indicadores para agruparlos como PAR la presencia de intentos de suicido o 2 o + internaciones por año.
- 17) Los datos se usan internamente para investigación (por ej. Resultados en Psicoterapia), cuentan con un encargado de investigación, y desarrollan un informe de gestión mensual.
- 18) No tienen en uso indicadores de calidad , pero es su pretensión poder lograr un sistema de evaluación.

**Comentarios:** Se observa una importante dificultad para el registro de los profesionales, se visualiza la necesidad de aunar criterios de registro y la necesidad de establecer sistemas de evaluación de la calidad. Se necesitan datos epidemiológicos para producir una planificación.

Se observa que la preocupación por los sistemas de evaluación de calidad, es una preocupación generalizada. El interés por los datos epidemiológicos es una inquietud importante ya que para negociar con los compradores se puede hacerlo con mejores herramientas si hay datos confiables. Es importante un sistema de evaluación de resultados.

**Lic. Alcira Orsini**

**Asesora de la Dirección General de Educación. CABA.**

30/05/05

En 1994 había un programa de prevención de Violencia Fliar. que salió por ley nacional y la ciudad lo reglamentó rápidamente los objetivos del programa eran la capacitación de los funcionarios para estimularlos a denunciar los



casos de Abuso que detectaran para se resueltos por los sistemas ciudadanos no judiciales (Defensoría de Menores).

Por ello existe desde entonces en las escuelas una cierta costumbre de evidenciar estos problemas (en vez de silenciar) y tomarlos como propios.

Alrededor del 99 el programa se transformó en un Prog. de Prev. y Promoción de conductas sociales, que es el que se lleva actualmente con 3 subprogramas: uno para primario, media y media especial.

Estos programas fueron complicado por las transferencias. Creaban los equipos de orientación escolar, que son los que actúan frente a cada caso concreto (no sabemos si hacen prevención o promoción, sino más bien son de solución de casos).

En temas de información, la dificultad sustancial es que falta una definición clara del evento.

Esto se suma a que la escuela es cada vez más un contenedor social y por otra parte un sitio de resonancia de la violencia familiar.

Hay 3 categorías de violencia:

- Violencia familiar. que impacta en la escuela
- Violencia escolar "pura" (entre pares y hacia los maestros)
- Abuso de los maestros hacia los chicos

La escuela no es hoy una institución uniforme entre sus diferentes efectores. Cada unidad tiene maneras propias de responder ante los problemas que se le plantean.

- ¿qué podría informar la escuela?

La escuela a perdido autoridad. Es un problema fundamental y está en la base de casi todos los conflictos. La emergencia de conflictos suele ser un problema de dinámica propia de la institución. La escuela podría informar violencia, pero debiera tipificarse (definición de evento)

En este aspecto hay un proyecto de ley que se propone implantar un protocolo homogéneo para situaciones de abuso. La información de abusos en general va a la defensoría del niño (instancia prejudicial).

"Supone" que debe haber además registros actuales en la secretaría de educación.

### **Tipos de Violencia:**

1. familiar
  - a. en la pareja o familia
  - b. maltrato a los chicos
  - c. abuso
2. escolar
  - a. v. en los grupos
  - b. v. en los recreos
  - c. conductas reactivas a la escuela misma

La escuela posibilita visibilizar acontecimientos de la familia y de otras procedencias.

Armas: cada caso tiene repercusiones diferentes y no se sabe exactamente cómo actuar.

### **Dr. Omar Zein (3/08/05) VIGI+A**

Sistema nacional de vigilancia de lesiones externas.

Intenta registrar las lesiones por causas externas que llegan a los servicios asistenciales que se constituyen en puntos de captura.

Evento clínico: lesión por causa externa. Bien definido, con adecuada instrucción y uniformidad a lo largo del sistema de implementado.

El sistema fue elaborado por consenso por lo que hay un acuerdo de base respecto del evento y demás datos relacionados a registrar.

El personal que registra tiene un adiestramiento acorde a las necesidades de la planilla de registro. Se intenta registrar el 100% de los eventos producidos en cada sitio de captura.

Se utilizan escalas para medir la severidad de la lesión con una referencia clara a cada uno de los valores y el tipo de escala.

Existe un formulario de registro. Su diseño es producto de consenso.

La calidad del registro no se controla pero lo consideran confiable.

El primer paso del registro es su carga on-line. A partir de allí, estando disponible en la web, tiene posibilidades de acceso en dos niveles de análisis y por el propio nivel de producción con capacidad de corregir el dato.

El dato puede ser utilizado por los distintos niveles con la posibilidad de análisis local y central. Posee un primer paquete de análisis con cruces de variables preestablecido.

Hasta el momento el sistema está funcionando en 17 jurisdicciones con un total de 4600 eventos relevados al momento de la entrevista, con una expectativa de cobertura nacional.

La cantidad de unidades centinela varía en las distintas las jurisdicciones.

El evento que se vigila es la lesión de causa externa, la cual está claramente vinculada en muchas oportunidades con variables que corresponden al campo de la salud mental como son: violencia en sus distintos tipos, la presencia del consumo de alcohol y drogas y los comportamientos autolesivos; todos ellos contemplados en la planilla de registro.

Se trata de unidades centinela, distribuidas por jurisdicción.

Edición  
Secretaría de Ciencia y Técnica  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Argentina  
Diciembre 2008

 UNIVERSIDAD  
ISALUD