



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO

Pre-Proyecto de Investigación

“Exploración de la implementación del Protocolo IAE en Centros de Salud de la RAP Metropolitana”

Agustina Hernández Pérez

Tutora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea

Revisor: Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas

Octubre 2024

Resumen

De acuerdo a la OMS (2019), Uruguay presenta una de las mayores tasas de suicidio del continente. En 2023 se registró un total de 4725 intentos de autoeliminación (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024). Esto posiciona al suicidio como un problema mayor en cuanto a la salud pública, y acentúa la pertinencia de fortalecer las estrategias para su prevención. La estrategia nacional de prevención del suicidio 2021-2025 (CNHPS, 2021) se orienta a mejorar la atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para personas con riesgo de suicidio y sus familiares. Pone especial foco en el *Protocolo de Atención y Seguimiento a Personas con Intento de Autoeliminación en el SNIS* (MSP, 2016) y su fortalecimiento. Para su aplicación se ha elaborado en el año 2024 la *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2024).

El presente pre-proyecto de investigación pretende indagar acerca de la aplicación del protocolo y la utilización de la guía de práctica clínica en los centros de Primer Nivel de Atención (PNA), con puerta de emergencia, ubicados en la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana. El objetivo es conocer cómo se aplica e identificar posibles dificultades u omisiones.

La metodología es cualitativa, consta de entrevistas abiertas, semiestructuradas y grupos de discusión en los que participarán profesionales de la salud intervinientes en los procesos mencionados.

Introducción

Como parte de la estrategia nacional de prevención del suicidio, en el año 2017 se lanza el *Protocolo de Atención y Seguimiento a Personas con Intento de Autoeliminación en el SNIS* (MSP, 2016) (Ver Anexo 1). Se establece que la atención y seguimiento a personas con intento de Autoeliminación (IAE) se realice mediante la aplicación del mismo a través la ordenanza n°384 del año 2017.

El protocolo se divide en tres partes:

1. El servicio de salud interviniente en primera instancia
2. La consulta ambulatoria con Equipo de Salud Mental
3. El seguimiento

El presente proyecto se centra en evaluar la primera parte, concerniente al primer centro de salud interviniente. Por este motivo, los puntos del protocolo a explorar son los que corresponden al registro primario del intento, la evaluación del usuario, la correcta derivación a una atención ambulatoria y el seguimiento al sistema de referencia. Se toma en cuenta además la existencia de la *Guía de práctica clínica para la prevención de la conducta suicida en el SNIS* como recurso importante para la correcta aplicación del protocolo, evaluando en paralelo su utilización como instrumento orientador y facilitador.

Fundamentación

El interés por investigar acerca de la aplicación del protocolo parte de la experiencia personal de la autora, participando en un equipo multidisciplinario de un Centro de Salud, como practicante de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en el marco del convenio Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (Fac. de Psicología - ASSE). El Centro en el cual estuvo inserta cuenta con una puerta de emergencia, donde, durante la práctica, se recibieron varios usuarios que acudieron por IAE. Se pudo observar que en ocasiones, pacientes eran dados de alta al ser estabilizados, sin realizarse una adecuada evaluación del riesgo suicida. Además, se identificaron dificultades a la hora de concretarse las consultas con psiquiatra a las cuales eran derivados, al no realizarse un correcto seguimiento de las derivaciones. Frente a esta situación surgió la iniciativa de crear un plan interno de atención y seguimiento a los IAE, con el fin de asegurar que los usuarios que acudían por tal motivo se mantuvieran dentro del sistema de salud. Durante la búsqueda de material para crearlo fue que se conoció la existencia del protocolo IAE del MSP. Al contrastar lo planteado por el protocolo con la realidad del centro de salud, se notó que algunos puntos no se cumplían, presentaban grandes dificultades, o lo hacían fuera de los tiempos estipulados.

No existía un claro conocimiento de la Ficha de Registro Obligatorio, lo que significaba un subregistro de los IAE. Además, no se identificaron criterios de evaluación del riesgo suicida comunes, y en ocasiones la intervención consistía en estabilizar al paciente con psicofármacos, para su alta. En cuanto al plazo máximo de 7 días para la atención por equipo de Salud Mental, se notó que no existía control sobre la derivación para corroborar que el usuario fuera atendido dentro del mismo. Al comenzar a realizarse tal seguimiento, se dió a conocer que en la mayoría de los casos, el usuario terminaba siendo parte de largas listas de espera, únicamente de psiquiatría. Existen además producciones teóricas en el país que respaldan la idea de que esto se repite en otros centros de salud, en este sentido, Larrobla et al. (2017), en un estudio acerca de las características de los registros y recursos humanos en emergencias en relación a la problemática de la conducta suicida concluye:

El alto índice de consultas de adolescentes que durante los últimos doce meses recibió diagnóstico de IAE y tiene reiterados ingresos, reafirma la idea de que la emergencia es una puerta giratoria por la que esta población entra y sale múltiples veces. (p. 42)

A raíz de la situación presenciada se optó por difundir los contenidos del protocolo en el Centro de Salud y crear un plan interno para su correcta implementación.

Lo relatado hasta ahora ha promovido el interés de indagar sobre la aplicación del protocolo IAE en los diferentes centros, con el fin de identificar dificultades para poder revertirlas.

Un seguimiento adecuado es necesario para prevenir suicidios e intentos de autoeliminación, manteniendo al usuario vinculado al sistema de salud. Y un registro adecuado es necesario para tener un conocimiento acertado, y respaldar la pertinencia de revisar y proponer políticas públicas en torno a esta temática.

Además, como se expresa en el documento *Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio* (OPS, 2021), “Una recopilación inadecuada de datos puede obstaculizar los intentos de detectar los medios de suicidio en los que han de centrarse las Intervenciones” (p. 64). La ordenanza 1323/22 del 28 de septiembre de 2022 reglamenta la

obligatoriedad de completar un formulario digital de registro obligatorio en un plazo no mayor a 24 horas desde que se ha atendido al paciente, actualizando el punto 1.5 del Protocolo (ver Anexo 1), en el cual no se establecían tiempos máximos para el reporte de los IAE ni implicaba la digitalización del proceso (lo cual permitiría un seguimiento en tiempo real de la cantidad de casos).

Se decidió situar la presente investigación en aquellos centros de primer nivel de atención (PNA) que cuentan con puerta de emergencia y se ubican en la RAP Metropolitana. Si bien las situaciones de IAE son derivadas a equipos especializados de Salud Mental del segundo nivel de atención o primer nivel especializado (como policlínicas de salud mental), es una realidad que muchos casos acuden en primera instancia a las puertas de emergencia de los centros de PNA, que deben poder contar con las herramientas necesarias para su contención y atención adecuada. Sucede además que en las puertas de emergencia del PNA no suele haber un equipo de salud mental (SM) las 24hs, por lo que las situaciones de IAE suelen ser atendidas por profesionales no especializados en SM, lo que hace aún más pertinente la evaluación de esta atención con el fin de detectar posibles dificultades y áreas donde es necesaria una capacitación.

La pertinencia del presente trabajo se fundamenta además, por la importancia de atender la problemática del suicidio en Uruguay, ya que este país tiene una de las tasas de suicidio más altas del continente, siendo esta de 20,55 cada 100.000 habitantes. En 2023 se registraron 758 muertes por suicidio, y es la primera vez en los últimos años que la cantidad ha disminuido, habiéndose encontrado en constante ascenso desde el año 2019 (MSP, 2024).

Se estima, además, que por cada suicidio ocurren entre 10 y 20 intentos de autoeliminación (OMS, 2014). Esto significaría que la problemática en torno a los intentos de suicidio y los suicidios consumados alcanzaría entre 7000 y 14000 personas por año en Uruguay.

Esta problemática también se encuentra en crecimiento a nivel mundial, siendo que el suicidio fue la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en 2016, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2019).

Es importante, teniendo en cuenta la situación mencionada, abordar las estrategias de prevención propuestas en las actuales políticas públicas.

Actualmente, la estrategia nacional de prevención del suicidio para el período 2021-2025, impulsada por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS), plantea varios ejes de acción entre los cuales se destaca trabajar en el cumplimiento del protocolo de seguimiento de la atención de las personas con IAE (CNHPS, 2021). Gran parte de la estrategia se centra en el protocolo ya existente y su fortalecimiento, por lo que se reafirma que es necesario y de suma importancia evaluar su aplicación actual, teniendo en cuenta antecedentes de estudios que dan indicio de que existe un subregistro de los IAE en Uruguay (Heuguerot, 2021), lo cual estaría implicando falencias en la implementación del mismo.

Por otro lado, la pertinencia del presente proyecto puede también fundamentarse en la escasez de producciones teóricas evaluativas de las políticas públicas, en torno a la problemática del suicidio. En el año 2023 Monza y Cracco realizaron una revisión en torno al abordaje de la problemática del suicidio en Uruguay. El informe hace una revisión de todas las producciones teóricas realizadas sobre suicidio y expone que existe una cantidad total de cuatro artículos académicos que evalúan y analizan las acciones y políticas públicas sobre la temática en los últimos 30 años. Esto reafirma la necesidad de continuar indagando en cómo se aplican las políticas existentes.

Antecedentes

Para el presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de la evaluación de la atención en salud mental en caso de IAE. En Uruguay, no se encontraron registros de producciones que evaluaran la implementación del protocolo ni la utilización de guías orientadoras de la práctica. Sin embargo, se encontraron investigaciones que evalúan la atención al IAE en otros países y producciones locales que estudian la situación del sistema de salud uruguayo en relación a la problemática del suicidio. Se utilizaron buscadores como

google académico, timbó y microsoft academic search utilizando términos de búsqueda alternando palabras clave como suicidio - autoeliminación - Uruguay - evaluación - IAE - protocolo - PNA - centros de salud - policlínica - políticas públicas - primer nivel de atención - atención -, entre otros, tanto en inglés como español.

En Uganda

En el año 2022 se publicó un estudio realizado en Uganda dedicado a investigar la atención a usuarios que habían transitado un IAE en el PNA (Rukundo et Al., 2022).

El mismo se fundamenta en que el 25% de las personas que se suicidan han tenido antes contacto con profesionales de la salud que no han atendido su problemática en torno al suicidio de la forma más adecuada. Los autores plantean que esto puede deberse al desconocimiento y falta de formación específica de los profesionales de la salud intervinientes. El estudio explora la actitud, el conocimiento y las experiencias de los profesionales de la salud en torno a los casos de IAE. Para esto se realizaron entrevistas en profundidad a 18 personas de 12 centros de salud en 5 distritos diferentes.

Algunas preguntas realizadas en las entrevistas fueron: ¿Qué crees que debería hacerse al momento de atender personas con riesgo suicida en los centros de salud de PNA? ¿Cómo podría mejorarse la atención a estos usuarios? ¿Tienes algún otro comentario acerca de la atención al riesgo suicida en los centros de salud de PNA? ¿Cómo ha sido tu experiencia en relación a tu trabajo con estos usuarios? ¿Cuál ha sido tu experiencia más difícil en la atención al intento de suicidio? ¿Por qué?, entre otras.

De los resultados se desprende que la mayoría de los participantes tenían conocimientos acerca de los factores de riesgo asociados al suicidio, pero reportaban dificultades a la hora de atender usuarios con riesgo suicida. Muchos proponían como solución, la creación de un protocolo de atención acompañado de una capacitación específica.

En Latinoamérica

Respecto a la región, se halló en Argentina una investigación en la que se elaboró y luego evaluó la aplicación de un protocolo para emergencias en salud mental. En el año 2023, a partir de la detección de obstáculos en la implementación de la Ley Nacional de Salud

Mental en Argentina y la escasez de protocolos, Martín et. Al. (2024) diseñaron un protocolo de actuación en urgencias de salud mental y una capacitación acorde, que implementaron. El objetivo de su investigación fue evaluar la efectividad de tal protocolo en el PNA de un territorio determinado de la provincia de Buenos Aires.

Realizaron encuestas diagnósticas y entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud mental de centros de salud seleccionados, para evaluar el estado inicial de la atención. Este tipo de evaluación, en la que se obtiene como resultado el estado actual de cómo se organizan los centros de salud en torno a la atención de una problemática, es lo que se pretende realizar en la presente investigación.

De los resultados obtenidos, se desprende que existía una tendencia a minimizar la importancia de las urgencias en salud mental, cuestionando la gravedad de los casos. Sobresalió el hecho de que la intervención de los profesionales consistía en solicitar turno urgente con psiquiatría, sin notarse colaboración para atender la solicitud en el presente. Otro resultado desprendido de la investigación pone en evidencia que una vez que el usuario se encontraba tranquilo, se tendía a desestimar la urgencia de la atención. Se citan expresiones extraídas de entrevistas: *“como ahora estaba tranquilo, no se lo quiso atender en el dispositivo de segundo nivel”* (Martín et. Al, 2024, p. 11).

La implementación del protocolo provocó una mejora en la respuesta a las situaciones críticas y mejoró además el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de herramientas resolutivas.

Se realizó también en Ciudad de México, una investigación que tuvo como objetivo identificar las barreras para la atención de las conductas suicidas, desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental de primer nivel de atención (Gómez-García et. Al, 2022).

Se trató de un estudio cualitativo exploratorio en el cual se realizaron 35 entrevistas semiestructuradas al personal de salud de dos unidades de salud mental. Las entrevistas

fueron diseñadas para indagar acerca de la estructura normativa, la experiencia de los profesionales y la organización de los servicios de salud.

Se incluyó a médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Se utilizó un muestreo selectivo buscando que los participantes hayan tenido experiencia en la atención de pacientes con conductas suicidas. Los participantes consideraron que las conductas suicidas no aparecen como prioridad dentro de los trastornos de salud mental, que existía una ausencia de políticas públicas, una sobrecarga de trabajo y una falta de seguimiento a pacientes; siendo estas las barreras que se identificaron para la atención a esta problemática.

Cabe destacar que la mayoría de ellos mencionaron no conocer políticas para el abordaje de la conducta suicida ni haber recibido capacitaciones al respecto. Se señaló en particular la ausencia de protocolos institucionales que guíen sus acciones.

Como conclusión se obtuvo que se requiere ampliar el entrenamiento profesional y mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.

Por otro lado, en Cuba, se realizó en el año 2010 en el municipio de Santa Clara una investigación en servicios de salud con el fin de evaluar el Programa Nacional de prevención y atención a la conducta suicida en la infancia y adolescencia (Portiel, Rodríguez & Rivero, 2014). La muestra estuvo constituida por miembros del equipo básico de salud de los consultorios médicos, por todos los pacientes en edad infanto-juvenil que habían sido registrados por IAE, y familiares de primera línea de los pacientes.

Se le realizó a los profesionales un examen de competencia en relación al abordaje de la conducta suicida.

Como resultado se obtuvo que solamente un 25,27% de los profesionales fueron competentes y competentes con insuficiencias de acuerdo a los instrumentos de evaluación utilizados. Solo el 3,16% de los examinados refirieron haber recibido capacitación.

También se evaluó el seguimiento a los pacientes. Se obtuvo que se realizó el seguimiento por un año solamente al 9,78% de los pacientes, se recogió la información relativa al

51,58% de los intentos de autoeliminación y únicamente el 12% de ellos fueron atendidos por equipos básicos de salud en el mes siguiente al intento.

En Uruguay

A nivel local, se ha realizado una evaluación de la aplicación del *Formulario de Registro Obligatorio - IAE* (FRO-IAE), cuya implementación forma parte del protocolo IAE.

Heuguerot (2021) realizó un análisis de las remisiones del FRO-IAE al MSP en año 2016.

De acuerdo con el protocolo, cada IAE debe generar un registro cuyo completamiento es responsabilidad del centro de salud interviniente en primera instancia.

En el estudio mencionado se analizaron datos del FRO-IAE con permiso del MSP. Se leyó la información cuantitativa que los centros de salud remitieron mensualmente durante el 2016 al MSP y se contrastó con la cantidad de IAEs reportados en el mismo año. En sus conclusiones se revelan dificultades de implementación del formulario que pueden haber impedido el estudio estadístico apropiado de los IAE, ya que se evidenció un claro subregistro de información por parte de los prestadores de salud. Heuguerot (2021) expone entonces que en Uruguay existe una subnotificación de los IAE. Este antecedente es importante dado que fundamenta el presente proyecto de investigación: podemos inferir que, al menos la primera parte del protocolo, no se está desarrollando como debería y requiere ser evaluada.

En relación al registro, la autora señala aludiendo a la relación existente entre la subnotificación y la insuficiencia del seguimiento que “dado que el FRO fue implementado no solo con fines de investigación y prevención, sino de seguimiento, este hecho representa un problema que debería atenderse a la brevedad.” (Heuguerot, 2021, p. 141).

Cabe añadir que desde la publicación de este antecedente, se han introducido cambios para facilitar el registro de los IAE. Uno de ellos es la reglamentación de un nuevo formulario digital que debe completarse a través del Sistema Nacional de Registro Digital de IAE. Esta modificación es introducida mediante la Ordenanza 1323/22 del 28 de septiembre de 2022, que además establece la obligatoriedad de que el formulario sea completado en

cada puerta de emergencia de los prestadores de salud públicos y privados en un plazo menor a 24hs desde la atención al usuario con IAE.

Por su parte, Larrobla et. al. (2017) realizaron una investigación en torno a la problemática del suicidio adolescente, evaluando las características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. Analizaron retrospectivamente los datos de registro de centros con puertas de emergencia en el país (a través del sistema de información y registros de ASSE) y estudiaron las características de los recursos humanos de las emergencias incluidas. Tomaron los datos de las fichas de emergencia en las que se visualizaba IAE como motivo de consulta o diagnóstico. Además aplicaron un formulario a los profesionales que se desempeñaban en las emergencias seleccionadas acerca de su nivel de educación, nivel de formación, cursos realizados en la materia, creencias religiosas, etc.

Participaron en la investigación un total de 73 profesionales de la salud. En cuanto a la formación específica en IAE, solamente un 10% indicaron haber realizado algún tipo de curso en el área. Sin embargo, más del 90% de ellos declaró haber presenciado situaciones de riesgo suicida en algún paciente (presencia de ideas suicidas o iae) en los últimos 12 meses, y un 30% declaró haber tenido dificultades al enfrentarse a esos casos.

Las conclusiones de este estudio también exponen dificultades en la atención a los usuarios con IAE: “los datos obtenidos confirman que hay distintos factores, como la escasa capacitación específica y las creencias del personal, que obstaculizan una adecuada gestión, dificultan el registro y conducen a subestimar posibles casos de conducta suicida” (Larrobla et. al, 2017, p. 25).

Se plantea en las conclusiones la necesidad de un procedimiento actualizado y difundido a todos los prestadores ya que se visualiza en los resultados una heterogeneidad en los modos de atención al IAE en los diferentes centros.

Finalmente, en el año 2023 el Ministerio de Salud Pública publica un estudio que pretende indagar en la situación del sistema de salud uruguayo en relación a la atención y prevención

del suicidio adolescente. Involucra una revisión bibliográfica, análisis de certificados de defunción e historias clínicas, y la realización de grupos focales de discusión con profesionales de la salud mental. El objetivo principal de los grupos de discusión fue conocer la visión de profesionales que atienden adolescentes en los distintos prestadores de salud respecto a las posibilidades de prevención, evaluación de riesgo suicida, abordaje oportuno, seguimiento y generar recomendaciones para la construcción e implementación de las políticas públicas de prevención de suicidio en adolescentes. Entre todos los ejes temáticos que se abordaron en los grupos de discusión, uno estuvo referido al conocimiento y seguimiento de los protocolos. En cuanto a este punto se concluye que “la existencia de protocolos para la detección, registro y atención de los IAE es valorada, aunque se reconoce un conocimiento parcial de los mismos y recursos insuficientes para su aplicación” (MSP, 2023, p. 44).

Marco Conceptual

Psicología de la Salud

El presente pre-proyecto de investigación se enmarca en el marco teórico de la Psicología de la Salud. La Psicología de la Salud es una subdisciplina de la psicología que surge ante la insuficiencia de la psicología clásica individualista para dar respuesta a situaciones comunitarias y sociales. Morales Calatayud (2009) la define como una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad, y de la atención de la salud.

Emerge como rama especializada, en un ámbito de aplicación particular: busca conocer la interacción entre factores bio-psico-sociales implicados en los procesos de salud-enfermedad, y diseñar, programar y evaluar estrategias de intervención para acrecentar la salud (Mucci, 2006). Se parte de una concepción de salud positiva, contrario a la perspectiva negativa de la medicina tradicional que se centra en el individuo y su estado físico. La concepción de salud de la Psicología de la Salud, considera los aspectos psicosociales que inciden sobre ella y se inclina por la prevención y promoción, más que en

la cura de la enfermedad. Se enfoca en lo comunitario más que en lo individual. Además, se tiene una perspectiva integral de la salud, entendida como el equilibrio entre lo biológico, lo psicológico, lo ambiental, los estilos de vida, sistemas de salud, etc.: todo esto atravesado por factores socio-económico-político-culturales (Morales Calatayud, 2009).

Sistema Nacional Integrado De Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud se crea como parte de la reforma en salud que comienza en el año 2007 con la aprobación de la ley 18.211 que le da paso. Se propone poner los recursos del país al servicio de la salud de la población, que debe ser garantizada como bien público por el Estado, en todo el territorio nacional. El objetivo de la reforma del sistema sanitario en general fue lograr un acceso universal a la atención en salud, de toda la población, en niveles de cobertura y de calidad homogéneas. Además, se busca la distribución justa de la carga económica que representa el acceso a la salud para cada ciudadano (Ley 18.211, 2007).

Con el SNIS se busca asegurar el acceso a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.

El SNIS se organiza en base a niveles de atención de acuerdo a la complejidad de las prestaciones, tiene como estrategia la atención primaria en salud y prioriza el PNA. Plantea que los servicios deben proveer a los usuarios lo establecido en programas integrales de prestaciones (PIAS) aprobados por el Ministerio de Salud Pública. Los PIAS son los paquetes mínimos de prestaciones que están definidas taxativamente.

En 2011, la creación del SNIS da paso a que se incorpore un Plan de Prestaciones en Salud Mental, que establece que todos los prestadores de salud deben brindar prestaciones específicas en salud mental para garantizar el derecho a la atención psicológica.

Apuesta a asegurar el acceso universal y equitativo a prestaciones en psicoterapia y abordajes psicosociales (MSP, 2011). Se plantea la atención psicológica como derecho.

El plan se organiza en tres modos de prestaciones que se integran a las PIAS, organizados por franja etaria y orientados a diferentes poblaciones.

Dentro de los modos de prestaciones para adultos, el modo 2 que propone asegurar la atención individual, de pareja, familia o grupal hasta 48 sesiones anuales para cada usuario incluye dentro de su población objetivo a los usuarios con IAE.

Los niños y adolescentes que han presentado IAE se encuentran dentro del modo 2 para NNA que asegurará la atención individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales para cada usuario y con un copago establecido.

Protocolo de atención y seguimiento de la atención de las personas con IAE en el Sistema Nacional Integrado de Salud y Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud

En el año 2017 el Ministerio de Salud Pública lanza el *Protocolo de atención y seguimiento a las personas con IAE en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (Ver Anexo 1) mediante la Ordenanza 384/2017, con el propósito de brindar pautas para los prestadores integrales de salud acerca de cómo atender y realizar el seguimiento a los IAE. El mismo forma parte esencial del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2020) y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 (MSP, 2022). Sus objetivos son asegurar la accesibilidad a la salud mental a las personas con IAE y asegurar también su continuidad asistencial (MSP, 2017). El protocolo consta de tres partes. La primera se orienta al centro de salud interviniente en primera instancia, aquel que recepciona al usuario. La segunda parte se centra en la consulta ambulatoria con Salud Mental. La última parte brinda las pautas para un seguimiento adecuado.

El 17/07/2024 el Ministerio de Salud Pública publica además la *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2024). La misma tiene como fin facilitar la toma de decisiones para la atención de usuarios con conducta/riesgo suicida. Si bien el cumplimiento de las recomendaciones de la guía no es obligatorio (MSP, 2024), la misma oficia como recurso valioso para orientar a los profesionales de la salud en torno a la detección, valoración de riesgo y abordaje de la

conducta suicida, siendo un buen complemento para la aplicación del protocolo y sirviendo a la organización y capacitación de los equipos de la salud. La guía es una adaptación local del documento *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias* elaborado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2016. Brinda mayor detalle acerca de cómo llevar a cabo los diferentes puntos enunciados en el protocolo.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

La Administración de los Servicios de Salud del Estado es el prestador estatal de salud pública en Uruguay, que cuenta con una red de servicios en todo el país. Se crea en el año 1987 y se le otorga la administración de los centros de salud del país bajo el Ministerio de Salud Pública. En el año 2007 mediante la Ley n°18161 se crea como servicio descentralizado.

Sus cometidos son, entre otros, organizar y gestionar los servicios de salud, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, formar parte del SNIS, brindar los servicios de salud establecidos por la Ley 9.202, Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud y contribuir al cambio de las prácticas que ponen en riesgo la salud.

Cuenta con una red de servicios distribuidos en todo el país, divididos según las regiones Norte, Sur, Este, Oeste y Salud Mental (Ver Anexo). El presente proyecto se sitúa en los Centros de Salud con Puerta de Emergencia de la Red de Atención Primaria Metropolitana, perteneciente a la Región Sur.

Primer Nivel De Atención en Salud

La ley 18.211 del año 2007, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud establece que el mismo debe estar organizado en redes y por niveles de atención. Existen tres niveles que se diferencian según la complejidad de las situaciones a las que logran responder y su accesibilidad a la población (Uruguay, 2007).

El primer nivel corresponde a aquellos que deben tener la capacidad de resolver las

necesidades básicas y las más frecuentes de la población, y que deben estar accesibles de forma inmediata, como lo son las policlínicas barriales.

El segundo nivel es aquel que responde a necesidades menos frecuentes y más complejas, lo representan los hospitales generales.

El tercer nivel es el más especializado, a él pertenecen los centros que atienden patologías más complejas que requieren de una atención específica. Un ejemplo son los hospitales de salud mental y centros oncológicos, entre otros. (Vignolo et. al 2011).

Los tres niveles de atención deben coordinarse a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia. La población debería ingresar al sistema a través del PNA por su accesibilidad. Desde el PNA se realizarían referencias al segundo o tercer nivel, siendo el objetivo que luego de tratada la situación particular por la cual la persona fue referida al nivel de mayor complejidad, se de una contrarreferencia para que la atención ambulatoria suceda en el primer nivel.

Es por este motivo que en el presente pre-proyecto remarcamos la importancia de que la atención a problemáticas vinculadas al suicidio en el PNA sea adecuada; dado que este primer encuentro representaría la vía de ingreso al sistema de salud y luego el centro de PNA funcionaría como referencia y vía de continuidad de la atención en salud mental.

El PNA debe comprender tecnologías simples y promover la participación de la comunidad involucrada, estando en contacto con la población usuaria. Además la atención en salud debe ser practicada por equipos interdisciplinarios y contar con tecnologías e infraestructura adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencias.

Si bien en el mismo deben darse principalmente actividades de promoción y prevención de la salud, mayormente prevención primaria, es importante que cuente con los recursos necesarios para atender situaciones complejas como los intentos de autoeliminación.

Suicidio e Intento De Autoeliminación

La Organización Mundial de la Salud (2014) define el suicidio como “el acto de matarse deliberadamente” y al intento de autoeliminación como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones

intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal”(p. 1).

Se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo y que por cada suicidio consumado existen aproximadamente 20 intentos de suicidio (OMS, 2019). La organización mundial de la salud presenta al suicidio como una de las cuestiones prioritarias a atender de acuerdo al plan de acción en salud mental por ser “una cuestión de salud pública que afecta a comunidades, provincias y países enteros” (OMS, 2014, p.11)

Los Estados miembro de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios al 2030.

En cuanto a los intentos de suicidio, contar con un intento previo es el factor de riesgo más importante, de ahí la relevancia de asegurar la atención adecuada a aquellas personas que hayan atravesado un IAE (OMS, 2014).

Problema y preguntas de investigación

Uruguay presenta una de las tasas de suicidio más altas del continente. El suicidio se posiciona como un problema grave de salud pública en el país y por ende desarrollar y perfeccionar estrategias para su prevención es imprescindible. Existe consenso en que una atención efectiva luego de un intento puede disminuir significativamente las chances de que ocurra otro (Rosebrock et. Al., 2020); de ahí la importancia de mantener al usuario vinculado al sistema de salud y realizar un seguimiento adecuado. Para esto se han diseñado estrategias a nivel nacional, una de ellas el protocolo IAE que establece cómo debe realizarse la recepción, atención y seguimiento de quienes ingresan al sistema de salud por este motivo. Recientemente se ha añadido una guía de práctica clínica para la atención de IAE (MSP, 2024) que proporciona sugerencias acerca de cómo abordar a los usuarios con conducta suicida y profundiza cómo realizar las evaluaciones planteadas por el protocolo. El no cumplimiento de las líneas de acción establecidas puede resultar en que el usuario no reciba la atención adecuada, encontrándose en una situación de vulnerabilidad que puede terminar en una repetición del intento de suicidio, o en el suicidio en sí. De ahí el interés de

la presente investigación en dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Existe un conocimiento adecuado del protocolo IAE por parte de los profesionales de la salud que recepcionan en puertas de emergencia a usuarios con IAE? ¿Se consideran los profesionales de la salud debidamente capacitados para recepcionarlos y evaluarlos? ¿Se da una correcta aplicación de los puntos del protocolo incluyendo recepción, evaluación, registro y derivación? ¿Qué dificultades identifican los profesionales para su aplicación? ¿Cómo se organizan los recursos humanos de las puertas de emergencia respecto a la evaluación, registro y seguimiento de estos usuarios? ¿Hay diferencias en los modos de actuación de los profesionales en los diferentes centros?

Objetivo General

Indagar acerca de la implementación del protocolo IAE y la utilización de la guía de práctica clínica en los centros de primer nivel de atención en salud que tengan puerta de emergencia.

Objetivos Específicos

1. Indagar si existe un conocimiento claro del protocolo IAE y de la guía de práctica clínica en los profesionales de salud que trabajan en puertas de emergencia de los centros seleccionados
2. Conocer si dichos profesionales aplican el protocolo IAE en puerta de emergencia y si se utiliza la guía como instrumento orientador de referencia.
3. Conocer cómo se distribuye entre los profesionales el cumplimiento de los diferentes puntos del protocolo (quién realiza el registro en el Sistema Nacional de Registro Digital, el seguimiento a las derivaciones, la evaluación del paciente, etc.)

Metodología

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados, se propone una metodología de diseño cualitativo, ya que la investigación cualitativa indaga en situaciones naturales,

intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan (Vasilachis, 2006, p. 25). A su vez será de carácter exploratorio por indagar en la implementación de un protocolo de 7 años de antigüedad cuya aplicación no se ha evaluado aún.

Se recurrirá a estrategias cualitativas para conocer la percepción de los profesionales de la salud en cuanto al cumplimiento del protocolo IAE y a las dificultades que identifican en la aplicación del mismo. También se buscará obtener datos sustanciales acerca de cómo se recepciona, evalúa y deriva al usuario que acude a la puerta de emergencia, por intento de autoeliminación. En paralelo, se indagará acerca de la utilización de la guía de práctica clínica para el abordaje de la conducta suicida como recurso útil de referencia a la hora de evaluar el riesgo suicida.

Esto se realizará mediante entrevista semiestructurada, entrevista estructurada y grupo de discusión.

En un primer momento se realizará una entrevista semiestructurada con el fin de indagar en el estado actual de cada centro, consultando abiertamente acerca de cómo se atienden los IAE que ingresan a puerta de emergencia, qué profesionales participan y de qué manera.

En esta primera entrevista no se mencionará el protocolo ni la guía para no condicionar las respuestas de los participantes. Se seleccionó la técnica entrevista semiestructurada/semidirigida porque se realizarán preguntas abiertas en las cuales se esperará que el informante exprese sus opiniones y perspectivas, podrá ampliar la información en el sentido que desee, mientras el investigador enlazará la conversación manteniéndola dentro del ámbito de interés (Ortiz, 2015) (Ver Anexo 2).

Luego se presentarán el protocolo y la guía para a continuación realizar una entrevista estructurada que recorrerá el protocolo punto por punto, indagando en cómo se implementa cada ítem y en si se recurre a la guía en dicho proceso (Ver Anexo 3). Se utilizará la entrevista estructurada para plantear preguntas específicas acerca de cada ítem del protocolo, a modo de cuestionario con libertad de respuesta (Ortiz, 2015).

Colín (2009) define este tipo de entrevista como “conjunto de procedimientos en el que el

entrevistador utiliza preguntas dirigidas a un abordaje detallado, ajustado a ciertos objetivos preestablecidos que desea conocer” (pp. 69-70). La entrevista estructurada es un cuestionario rígido que evalúa respuestas específicas. En este caso se utilizará para mantener el foco en la implementación, paso por paso del protocolo.

Finalmente se seleccionará una muestra de 13 profesionales (uno por centro) que participarán de un grupo de discusión acerca de las dificultades que puedan identificarse en la atención a usuarios con IAE y la adhesión al protocolo. En un grupo de discusión se da una confrontación de opiniones y se comparten experiencias con el fin de llegar a conclusiones (Arboleda, 2008).

Al utilizar más de un método cualitativo se puede afirmar que hablamos de una triangulación, ya que se comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno: de esta manera las debilidades de cada estrategia en particular se compensan por la suma de sus fortalezas, siendo el estudio menos vulnerable a sesgos (Restrepo & Okuda, 2005).

Se trabajará con profesionales de la salud de las disciplinas que se desempeñen en las puertas de emergencia de los centros (Ver Anexo 3). Se presentará el proyecto en cada uno y se solicitará una lista de voluntarios, de la cual se seleccionarán tres por centro para la realización de las entrevistas mediante un muestreo intencionado. Un muestreo intencionado consiste en la elección no probabilística de individuos a criterio del investigador (Hernandez, 2021). Se buscará lograr la representación de las diferentes disciplinas presentes en los centros de emergencia (analizando los postulantes de cada centro) y dar con una muestra heterogénea evaluando diferentes perfiles etarios, de experiencia y de área de trabajo. El muestreo selectivo además buscará que los participantes hayan tenido experiencia en la atención de pacientes con conductas suicidas. Para el grupo de discusión se seleccionará también de forma intencionada un representante por cada centro, procurando que el grupo se conforme con profesionales de más de una disciplina, buscando la mayor diversidad etaria, de área de trabajo y de experiencia previa. Las entrevistas y la sesión grupal serán grabadas, si así lo autorizan los participantes, de lo

contrario se realizará un registro escrito para el posterior análisis de la información recabada, y la redacción del informe final.

Los centros seleccionados para la realización de la investigación son aquellos centros de PNA con puerta de emergencia de la RAP Metropolitana (Ver Anexo 4).

Acerca del análisis de datos, el mismo se dará de manera continua junto al proceso de investigación, se irán analizando los datos obtenidos de las entrevistas, sistematizando el contenido de las mismas de acuerdo a categorías preestablecidas: conocimiento del protocolo, formación respecto a la atención a IAE, participación en la aplicación del protocolo, áreas de mejora/dificultades percibidas y fortalezas identificadas. Luego, se evaluará la información obtenida en contraste con los fundamentos teóricos de la evaluación (Fernández, 2006). En simultáneo a la realización de entrevistas y grupo de discusión, se clasificarán, interpretarán y analizarán los datos emergentes con el objetivo de plantear hipótesis internas al proyecto que se contrastarán con los resultados finales (Fernández, 2006).

Cronograma de ejecución

AÑO	1												2									
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Puesta a punto de instrumentos de evaluación	■	■																				
Gestión de permisos		■	■	■	■																	
Selección de participantes			■	■	■																	
Entrevistas						■	■	■														
Grupo de discusión									■													
Procesamiento de la información								■	■	■	■											
Análisis de datos												■	■	■								
Elaboración de informe final														■	■	■	■					
Devolución																		■				
Difusión de resultados																			■	■	■	■

Consideraciones éticas

En primera instancia se presentará el proyecto ante las autoridades del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología en pos de su aval, así como también se

presentará ante las autoridades de ASSE y los centros de salud involucrados.

Desde agosto del 2008 Uruguay cuenta con el Decreto N°379/008 del MSP que tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, considerando especialmente su dignidad e integridad. Se actuará de acuerdo al mismo.

Se tendrá en cuenta además los artículos 61-68 del Código de Ética del Psicólogo (2001) que establecen preservar los principios éticos de respeto y dignidad con el fin de resguardar el bienestar y los derechos de las personas partícipes de investigaciones. Los participantes darán su consentimiento informado, contando con información acerca de los objetivos de la investigación y sus plazos. Se garantizará la confidencialidad de sus datos personales.

Resultados esperados y plan de difusión

Se espera alcanzar los objetivos planteados. Indagar en cómo se desarrolla el protocolo IAE en los centros de PNA y si existen dificultades para su aplicación contribuirá a la elaboración de estrategias para su mejor desarrollo, aportando así a la prevención del suicidio en el país. Con los datos obtenidos se pretende favorecer el fortalecimiento de las políticas públicas para la prevención del suicidio y la atención integral a usuarios con riesgo suicida.

Luego de realizado el informe final, se difundirán los datos obtenidos en la Facultad de Psicología (UDELAR), en la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio y en los centros participantes de la investigación. A su vez los resultados serán publicados en revistas arbitradas así como también se procederá a integrar y exponer los mismos en jornadas y congresos que aborden la temática.

Referencias

- Arboleda, Luz M. El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1), 69-77.
- Gorráez, C. Leal, G. y Perez, S. (2009) *Introducción a la entrevista psicológica*. Trillas Ed. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROIntroduccionaLaEntrevistaPsicologica.pdf
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2021). *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL PREVENCION SUICIDIO 2021_2025.pdf
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Butlletí LaRecerca*, ISSN 1886-1946.
- Gómez-García, L., Arenas-Monreal, L., Valdez-Santiago, R., Rojas-Russell, M., Astudillo-García, C. I. y Agudelo-Botero, M. (2022). Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346540>
- Hernández González, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), E1442 Recuperado de <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1442>
- Heuguerot, C. (2021). *Políticas públicas y salud mental en Uruguay: Algunos aportes sobre implementación y resultados de la ficha de registro obligatorio de intentos de suicidio a partir de la información relevada en 2016*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M y Rodríguez, L. (2017.). *70 años de suicidio en Uruguay : 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Udelar. CSIC.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., y Novoa, G. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. *Revista de Psiquiatría Uruguay*, 81(1), 10-29. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/02_TO1.pdf
- Ley 18.211 de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 05 de diciembre de 2007. D.O. No. 27.384
- Martin, J., De Battista, J. L., Maugeri, N. A., & Azcona, M. (2024). Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención. *Revista Vertex Arg Psiquiatría*, 35(163), 6-17. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.523>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2011). *Plan de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS*. Uruguay. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2016). *Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Protocolo%20IAE%20.pdf>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Uruguay. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanosuruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2022). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030: Caracterización problemas priorizados - Incidencia de suicidio*. Montevideo, Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/FINAL%20Incidencia%20de%20suicidios.pdf>

- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023). *Suicidio en adolescentes en Uruguay. Un análisis desde el sistema de salud*. Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescentes-uruguay-analisis-desde-sistema-salud>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-para-abordaje-conducta-suicida-sistema-nacional>
- Monza, A., y Cracco, C. (2023). *Suicidio en Uruguay. Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención*. Cooperación CPU-OPS. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
<https://www.psicologos.org.uy/wp-content/uploads/2023/06/Informe-final-Salud-mental-CPU-OPS.pdf>
- Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatún.
- Mucci, M. & Benaim, D (2006) Psicología y salud. Caledoscopio de prácticas diversas. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 6(1), 123-138. ISSN-e 2451-6600.
- Okuda Benavides, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 11-23.
[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(05\)71001-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(05)71001-9)
- Ordenanza 801/12 de 2012 [Ministerio de Salud Pública]. Se dispone que la notificación de los intentos de auto eliminación será de carácter obligatorio. 26 de diciembre de 2012.
- Ordenanza 1323/22 de 2022 [Ministerio de Salud Pública]. Sistema nacional de información digital en intentos de autoeliminación. 28 de septiembre de 2022.
- Ordenanza 1731/24 de 2024 [Ministerio de Salud Pública]. Número de intentos de auto eliminación y suicidios concretados. 28 de agosto de 2024.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Suicide in the World: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021). *Vivir la Vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.

<https://www.paho.org/es/documentos/vivir-vida-guia-aplicacion-para-prevencion-suicidio-paises>

Portiel Sánchez, L., Rodríguez Villavicencio, M., y Rivero Álvarez, E. O. (2014). Evaluación del Programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida infanto-juvenil. *Medicentro Electrónica*, 18(1), 32-35, E-ISSN: 1029 3043.

Rosebrock H, Chen N, Tye M (2020). Study protocol for a mixed methods prospective cohort study to explore experiences of care following a suicidal crisis in the Australian healthcare system. *BMJ Open*, 10(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033814>

Rukundo, G. Z., Nakasujja, N., Oyok, T. O., y Adaku, A. (2022). *Knowledge, attitudes, and experiences in suicide assessment and management: A qualitative study among primary health care workers in southwestern Uganda*. *BMC Psychiatry*, 22(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04244-z>

Vasilachis, I. (2006) *La investigación cualitativa* e I. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp 23-64). Barcelona: Gedisa

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. 1 ISSN 0250-3816

Anexos

Anexo 1: Procedimiento de Protocolo de Atención y Seguimiento a las Personas con Intento de Autoeliminación en el SNIS (MSP, 2017):

1. Servicio de salud interviniente en primera instancia:

1.1. Se realizará una evaluación integral a todos los usuarios que consulten por IAE, jerarquizando la valoración del riesgo vital e incluyendo la evaluación del riesgo suicida inmediato.

1.2. El médico indicará la intervención que el usuario requiera.

1.3. Una vez que el usuario esté estabilizado desde el punto de vista médico-quirúrgico, deberá ser evaluado por psiquiatra, quien determinará la conducta a seguir. De no contar con psiquiatra, la evaluación la realizará otro profesional de la salud, quien deberá propender a mantener una interconsulta con psiquiatra. Si existieran dudas acerca del nivel de riesgo y de la intervención necesaria, se sugiere que la persona permanezca en observación hasta la realización de una nueva evaluación. Los usuarios menores de 15 años deberán permanecer en observación por un lapso suficiente para ser evaluados por un integrante del equipo especializado en salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes. La internación se realizará en hospitales y sanatorios generales, salvo excepciones debidamente justificadas.

1.4. Una vez de alta o determinado que el usuario no requiere hospitalización, se derivará a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor a siete (7) días. El prestador deberá brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencia. En caso de existir un referente (familiares, cuidadores, amigos, u otra persona que el usuario considere importante), se deberá incluir en la planificación del tratamiento, con el consentimiento del usuario. En los adolescentes se procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el CNA (Ley 17823).

1.5. Además de la Historia Clínica, se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO-IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012

2. Consulta ambulatoria con equipo de Salud Mental:

Se requerirá una agenda prioritaria para las personas con IAE, ya que se deberá coordinar la primera consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

2.1. Se elaborará un plan de tratamiento individualizado que deberá contar con el consentimiento del usuario, e incluirá un referente, salvo situaciones particulares que deberán registrarse en la Historia Clínica. En caso de inasistencia a la consulta, un miembro del equipo deberá llamar al usuario y/o al referente. La visita domiciliaria será considerada como herramienta privilegiada en estos casos, a efectos de dar seguimiento a la situación de dicho usuario. El plan de tratamiento deberá ser integral incorporando los distintos niveles de atención y promover la articulación interinstitucional cuando sea pertinente.

2.2. En adolescentes y jóvenes se deberá promover la coordinación entre el Espacio Adolescente y el equipo de Salud Mental institucional. Para los adolescentes de 10 a 19 años, se deberá coordinar en el curso de la primera semana con el Espacio Adolescente, con criterios de accesibilidad, habilitando la continuidad de la atención hasta los 24 años con el equipo de salud tratante, cuando así lo requiera la situación concreta.

2.3. Luego de la primera consulta con el equipo de Salud Mental se deberá completar el FRO-IAE, según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

3. Seguimiento:

3.1. Una vez iniciada la atención por IAE en los Servicios de Salud Mental, se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de seis (6) meses, por parte del Prestador de Salud.

3.2. La institución deberá ser la responsable de la gestión de las personas con IAE a través de los mecanismos que estime pertinente, asegurando: - El registro de las personas con IAE. - La accesibilidad a las consultas estipuladas en el plan de tratamiento. - Que se contacte al usuario y/o al referente, en caso de inasistencia a las consultas (la visita domiciliaria será una herramienta privilegiada en estos casos). - Que se complete el FRO-IAE.

3.3. Todas las personas que hayan realizado un IAE tienen derecho a ser asistidas por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas. Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas.

Anexo 2. Pautas para entrevista semidirigida. Preguntas sugeridas.

Se abrirá la entrevista con una pregunta general acerca de cómo se atienden los casos de IAE. ¿Qué sucede cuando acude un usuario por IAE a la Puerta de Emergencia?

Al ser una entrevista semidirigida el resto de las preguntas surgirán a partir de lo que exponga el entrevistado con el fin de dirigir el diálogo a las áreas de interés.

No se pautan las preguntas por adelantado, sin embargo las áreas de interés a explorar son las siguientes:

1. ¿Qué profesionales intervienen?
2. ¿Qué evaluaciones se realizan?
3. ¿Qué registros se realizan?
4. ¿Quién realiza los registros?

5. ¿Cómo se realizan las derivaciones?
6. ¿Se lleva adelante un seguimiento posterior?

Anexo 3. Pautas para entrevista estructurada.

Se presenta el protocolo y se consulta cada uno de sus puntos.

Preguntas primarias:

- 0.1. ¿Tiene conocimiento del Protocolo de Atención en Casos de IAE?
- 0.2. ¿Se han realizado capacitaciones acerca de la aplicación del protocolo?
- 0.3. ¿Se han realizado capacitaciones acerca de la atención a usuarios con IAE?
- 0.4. ¿Tiene conocimiento de la Guía de Práctica Clínica para el Abordaje de la Conducta Suicida? ¿Ha recurrido a ella al momento de abordar una situación de IAE?

Preguntas asociadas a puntos del protocolo:

Punto 1. Se realizará una evaluación integral a todos los usuarios que consulten por IAE, jerarquizando la valoración del riesgo vital e incluyendo la evaluación del riesgo suicida inmediato.

Preguntas:

- 1.1. ¿En qué consiste la evaluación que se realiza a los usuarios con IAE? ¿Qué profesional la realiza?
- 1.2. ¿Cómo se evalúa el riesgo vital? ¿Qué profesional realiza la evaluación?
- 1.3. ¿Cómo se evalúa el riesgo suicida? ¿Qué escalas se utilizan? ¿Qué profesional realiza la evaluación? ¿Qué factores se tienen en cuenta?
- 1.4. ¿Se han realizado capacitaciones acerca de cómo evaluar el riesgo suicida?
- 1.5. ¿Se recurre a la Guía de Práctica Clínica para realizar la evaluación?

Punto 2. El médico indicará la intervención que el usuario requiera.

Preguntas: Sin preguntas asociadas

Punto 3. Una vez que el usuario esté estabilizado desde el punto de vista médico-quirúrgico, deberá ser evaluado por psiquiatra, quien determinará la conducta a seguir. De no contar con psiquiatra, la evaluación la realizará otro profesional de la salud, quien deberá propender a mantener una interconsulta con psiquiatra. Si existieran dudas acerca del nivel de riesgo y de la intervención necesaria, se sugiere que la persona permanezca en observación hasta la realización de una nueva evaluación...

Preguntas:

- 3.1. ¿Cuentan con psiquiatra disponible 24hs en P.E?
- 3.2. En caso de no contar con psiquiatra disponible, ¿qué profesional realiza la evaluación psiquiátrica?
- 3.3. En caso de no contar con psiquiatra disponible, ¿cómo se coordina la interconsulta con psiquiatría? ¿Quién se encarga de realizar la coordinación? ¿Dónde se realiza la interconsulta? ¿En cuánto tiempo suele realizarse la interconsulta?
- 3.4. En caso de realizarse interconsulta con psiquiatría, ¿participan ambos profesionales o se da más bien una derivación?
- 3.5 ¿Se realiza un seguimiento sobre si la interconsulta se ha realizado o no?

Punto 4. Una vez de alta o determinado que el usuario no requiere hospitalización, se derivará a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor a siete (7) días. El prestador deberá brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencia. En caso de existir un referente (familiares, cuidadores, amigos, u otra persona que el usuario considere importante), se deberá incluir en la planificación del tratamiento, con el consentimiento del usuario. En los adolescentes

se procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el CNA (Ley 17823).

Preguntas:

- 4.1. ¿Quién realiza la derivación al equipo de Salud Mental?
- 4.2. ¿Cuentan con equipo de Salud Mental en el centro de salud?
- 4.3. ¿Cómo se realiza la derivación a equipo de Salud Mental?
- 4.4. ¿Qué profesionales integran el equipo de Salud Mental al que se deriva el usuario?
- 4.5. ¿Quién se encarga de la planificación del tratamiento del usuario?
- 4.6. ¿La planificación del tratamiento se realiza en conjunto con el equipo de Salud Mental o lo realiza solamente el equipo que prestará la atención ambulatoria?
- 4.7. ¿Se realiza un seguimiento a la derivación a SM? ¿De qué manera? ¿Quién lo realiza?
- 4.8. ¿Se corrobora que el paciente haya sido atendido en los plazos estipulados? ¿Se corrobora que el paciente haya sido recepcionado por el equipo de SM?
- 4.9. ¿Existe comunicación entre el equipo de P.E y el equipo de SM que realiza el tratamiento?

Punto 5. Además de la Historia Clínica, se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO-IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012

Preguntas:

- 5.1. ¿Se completa el FRO-IAE? ¿De qué manera? (papel, digital)
- 5.2. ¿Qué profesional se encarga de completar la FRO-IAE?
- 5.3. ¿Cómo se sistematizan las remisiones mensuales del FRO-IAE? ¿Existe una planilla/archivo donde se ingrese esta información para luego ser enviada al MSP?
- 5.4. ¿Quién se encarga de esta sistematización?
- 5.5. ¿Quién envía las remisiones del FRO-IAE mensuales al MSP?

5.6. ¿Se ha realizado capacitaciones acerca de cómo completar el FRO-IAE?

Anexo 4. Centros participantes.

CENTRO DE SALUD SAYAGO

CENTRO DE SALUD CIUDAD VIEJA

CENTRO DE SALUD DR. ANTONIO GIORDANO

CENTRO DE SALUD MONTERREY

CENTRO DE SALUD MAROÑAS

CENTRO DE SALUD DE LA UNIÓN

CENTRO DE SALUD CRUZ DE CARRASCO

CENTRO DE SALUD JARDINES DEL HIPÓDROMO

CENTRO DE SALUD DR. BADANO REPETTO

CENTRO DE SALUD DR. ENRIQUE CLAVEAUX

CENTROS DE SALUD DR. RUBEN MISURRACO

CENTRO DE SALUD CIUDAD DE LA COSTA

CENTRO DE SALUD CIUDAD DEL PLATA