

ABORDAJE DE LA MORBIMORTALIDAD ADOLESCENTE POR CAUSAS EXTERNAS (MMACE)

Paquete de herramientas para el circuito de información.
Lineamientos para la intervención integral.
Sistematización de experiencias.

PNSIA - 2017

ABORDAJE DE LA MORBIMORTALIDAD ADOLESCENTE POR CAUSAS EXTERNAS (MMACE)

Paquete de herramientas para el circuito de información.
Lineamientos para la intervención integral.
Sistematización de experiencias.

PNSIA - 2017

Autoridades:

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

**Directora Nacional de Maternidad, Infancia
y Adolescencia**

Dra. Diana Fariña

**Programa Nacional de Salud Integral
en la Adolescencia**

Dr. Juan Carlos Escobar

Autoras: Lic. Agustina Sulleiro. Lic. Mariana Vazquez.

Colaboradores: Dra. Alexia Nowotny, Lic. Maia Gosiker, Lic. José Eduardo González.

Revisión final: Dr. Juan Carlos Escobar.

Edición y Diseño: Facundo Gingarelli.

ÍNDICE

Prólogo Dr. Juan Carlos Escobar	P.6
Prólogo Dra. Maureen Birmingham	P.7
Introducción	P.8
- Fundamentación	
- Objetivos	
- Metodología	
Capítulo 1	P.16
- Paquete de herramientas para el circuito de información	
- Lineamientos para la intervención integral	
Capítulo 2	P.30
- Sistematización de experiencias	
Glosario	P.61
Bibliografía	P.67
Anexos	P.70
Agradecimientos	P.79

PRÓLOGO

Al analizar el perfil de la morbimortalidad adolescente en la Argentina nos encontramos con un dato alarmante: las causas externas explican 6 de cada 10 defunciones adolescentes; todas ellas evitables, relacionadas a situaciones de violencia, que afectan especialmente a los varones entre 15 y 19 años.

Frente a tal realidad, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia asume la responsabilidad y el compromiso de desarrollar estrategias de gestión, capacitación, investigación, articulación intersectorial y asistencia técnica, dirigidas a la reducción de la morbimortalidad adolescente por causas externas (MMACE). En esta línea se enmarca la investigación que iniciamos en enero de 2017 con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y cuyos resultados presentamos en este documento.

El proyecto no hubiese sido posible sin la participación y colaboración de múltiples actores que compartieron sus conocimientos y experiencias relacionadas al abordaje de estas problemáticas en sus territorios. Dichos aportes permitieron sistematizar algunos ejemplos de buenas prácticas en la materia, los que a su vez se convirtieron en fuentes privilegiadas durante la elaboración del paquete de herramientas para el circuito de información y los lineamientos para la intervención integral. De esta manera, la publicación es un reconocimiento a las diversas iniciativas que se ocupan de la morbilidad y mortalidad adolescente por causas externas en todo el país.

Estamos convencidos de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad como estrategias clave para abordar la MMACE en su complejidad e intervenir de manera eficaz para su reducción. Desde este enfoque concebimos el presente material como un aporte a la visibilización de la problemática y a la sensibilización de los equipos, tanto de salud como de otros sectores vinculados a la población adolescente.

Las herramientas y lineamientos aquí desarrollados, entonces, no se postulan como recetas cerradas sino como insumos que, esperamos, fomenten la conformación y el fortalecimiento de instancias que prioricen la problemática, avancen en su caracterización local, formulen nuevas preguntas y coordinen acciones para garantizar un abordaje integral y comunitario. Éste es el desafío.

Dr. Juan Carlos Escobar

Coordinador del Programa Nacional
de Salud Integral en la Adolescencia

PRÓLOGO

En septiembre del 2015, el Secretario General de Naciones Unidas dio a conocer la **Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente** (EWEC 2016-2030, por sus siglas en inglés).

Esta estrategia tiene tres objetivos fundamentales: **sobrevivir, prosperar y transformar**.

1. Sobrevivir a enfermedades y lesiones que puedan llevar a la muerte y que son prevenibles, a fin de desarrollar el potencial de una vida plena.

Se estima que el total de defunciones adolescentes en todo el mundo durante el año 2015 fue de 1.2 millones, un poco más de 3.200 por día, siendo las causas relacionadas con lesiones externas las más prevalentes. Además, son de suma relevancia las discapacidades producidas y los años perdidos en términos de calidad de vida, consecuencias de ese mismo tipo de lesiones.

2. Prosperar, lograr la salud y el bienestar.

Los niños y adolescentes deben disponer de las condiciones para alcanzar su completo potencial de desarrollo. No asegurarles el ambiente propicio para esto es arrebatarles su presente y futuro.

Varios actores adultos, organizaciones relacionadas a la salud, educación, derechos, desarrollo social, justicia y autoridades gubernamentales tenemos responsabilidad en la prevención de la morbilidad relacionada directa o indirectamente con causas externas y en la promoción de estrategias de intervención para su reducción.

3. Transformar, impulsar cambios para ampliar entornos propicios para la vida y el desarrollo.

Los adolescentes no son niños grandes ni adultos jóvenes. Colocarlos simplemente en una línea divisoria entre la niñez y la adultez los torna invisibles. Referirse, erróneamente, a la etapa de la adolescencia como un período conflictivo de transición le ha dado una connotación negativa durante años. Existen aún inequidades étnicas, de género y capacidades que no sólo reflejan la desigualdad social y en salud sino que configuran brechas en el ejercicio de los derechos.

La salud adolescente y su cuidado sin duda marcarán un punto de inflexión hacia la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible para esta generación y las que la sucedan. Son parte indiscutible del sistema de salud y del cambio que debemos seguir construyendo.

Celebramos la iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación y muy especialmente la del equipo del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, que ha puesto en agenda este tema tan importante. Entendemos que el presente informe es parte de un camino sostenido de acciones y monitoreo de la salud del adolescente. Anhelamos que sigan trabajando y extendemos nuestro compromiso de cooperación técnica para fortalecer acciones en pos de la vida plena de los adolescentes, la disminución de la morbilidad y la participación de los mismos en la transformación de su entorno hacia la salud y bienestar de todos.

Dra. Maureen Birmingham
Representante de OPS/OMS en Argentina

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se encuadra en la estrategia que implementa el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), del Ministerio de Salud de la Nación, dirigida a la reducción de la morbilidad adolescente por causas externas (MMACE)¹, que incluye acciones de gestión, capacitación, investigación, articulación intersectorial y asistencia técnica a los programas provinciales.

A través de este proyecto iniciado en enero de 2017 con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propuso recuperar y sistematizar experiencias en todo el país que hayan resultado en buenas prácticas² referidas al abordaje de las causas externas (CE). Estas experiencias pueden funcionar como un modelo para profesionales u organizaciones, en tanto permiten aprender de los conocimientos y aprendizajes de otros, aplicándolos y adaptándolos a contextos similares. Por esta razón, su relevamiento y difusión sirven para generar un conocimiento válido empíricamente, transferible y útil.

A partir del relevamiento y la sistematización de las experiencias seleccionadas, y con los aportes de los referentes de programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia, se elaboró el primer paquete de herramientas para la sistematización del circuito de información (detección, registro, análisis de casos y análisis epidemiológico), así como los lineamientos generales para el circuito de intervención integral (prevención*, atención*, seguimiento* y postvención*) en la MMACE. Estos instrumentos no pretenden ser exhaustivos ni definitivos, sino que constituyen una aproximación inicial que será ajustada y mejorada en la medida que se avance en el abordaje integral de estas problemáticas.

FUNDAMENTACIÓN

Evaluar el perfil de la morbilidad y de la mortalidad constituye una forma indirecta de analizar las condiciones de salud de una población. En el caso de la población adolescente, las cifras de morbilidad y mortalidad representan una pequeña porción de todos los egresos y las defunciones que se registran en el país: sobre el total de egresos hospitalarios para el año 2013, solo el 13% corresponde a población adolescente; mientras que la tasa de mortalidad de adolescentes para el año 2015 fue de 5 x 10.000 habitantes. (DEIS, 2017)

Si bien la población adolescente presenta una tasa de mortalidad inferior a la de otras franjas etarias, las defunciones en este grupo ocurren por causas evitables y, a la vez, están asociadas a situaciones de violencia que provocan lesiones intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros: el conjunto de causas externas (CE) constituyó, en el año 2015, el 60% de las muertes adolescentes (2114 de las 3553 defunciones totales). Asimismo, el 83% de las muertes por CE, cualquiera sea la causa, corresponden a varones; y más del 80% de los fallecimientos por estas causas ocurren entre los 15 y 19 años.

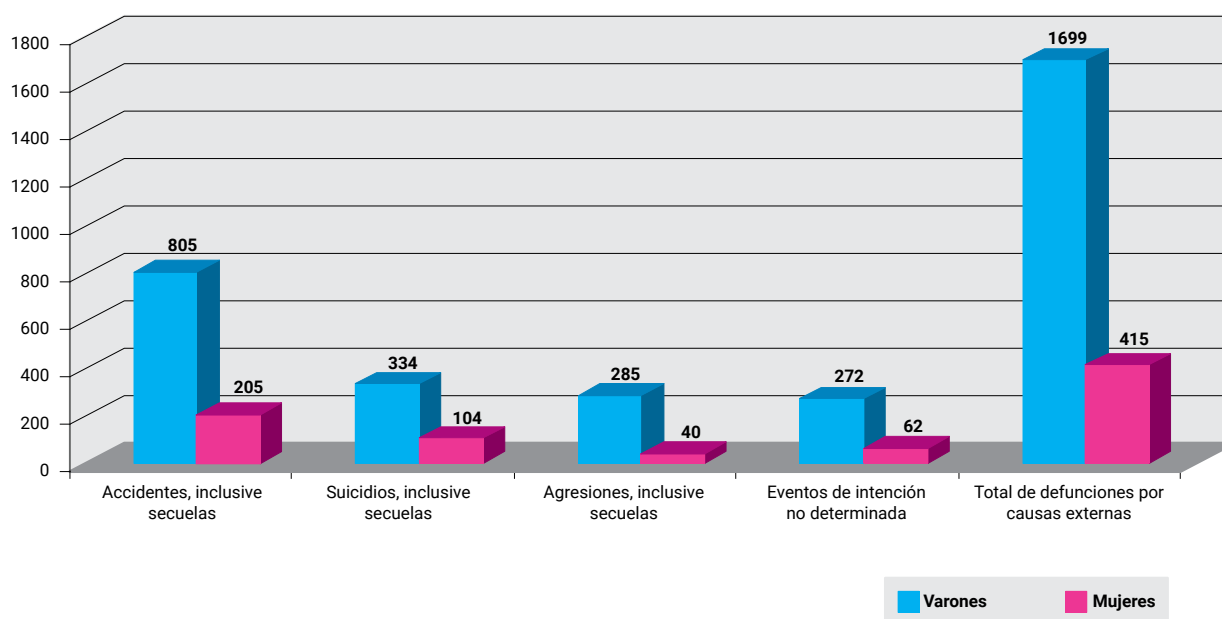
1 Según la OMS, las causas externas (CE) son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de la lesión. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Lesiones se conoce como lesión aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos. Dentro de esta clasificación se incluye a las lesiones no intencionales (antes denominadas "accidentales"), las lesiones intencionales (suicidios y homicidios), y aquellas de intención no determinada. (Traducción y adaptación de la definición de la "Injury Surveillance Guidelines" OMS-CDC, 2001)

2 Las definiciones de los conceptos señalados con (*) se encuentran en el Glosario.

Defunciones de adolescentes por causas externas por tipo de causa, sexo y grupo de edad - República Argentina - Año 2015				
SEXO	CAUSA DE DEFUNCIÓN	10-19	10-14	15-19
Varones	Accidentes, inclusive secuelas	805	165	640
	Suicidios, inclusive secuelas	334	38	296
	Agresiones, inclusive secuelas	285	11	274
	Eventos de intención no determinada	272	37	235
	Otras violencias	3	1	2
	Total defunciones por causas externas	1699	252	1447
Mujeres	Accidentes, inclusive secuelas	205	57	148
	Suicidios, inclusive secuelas	104	22	82
	Agresiones, inclusive secuelas	40	7	33
	Eventos de intención no determinada	62	15	47
	Otras violencias	4	0	4
	Total defunciones por causas externas	415	101	314
Total defunciones por causas externas para ambos sexos		2114	353	1761

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (2017) "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2015".

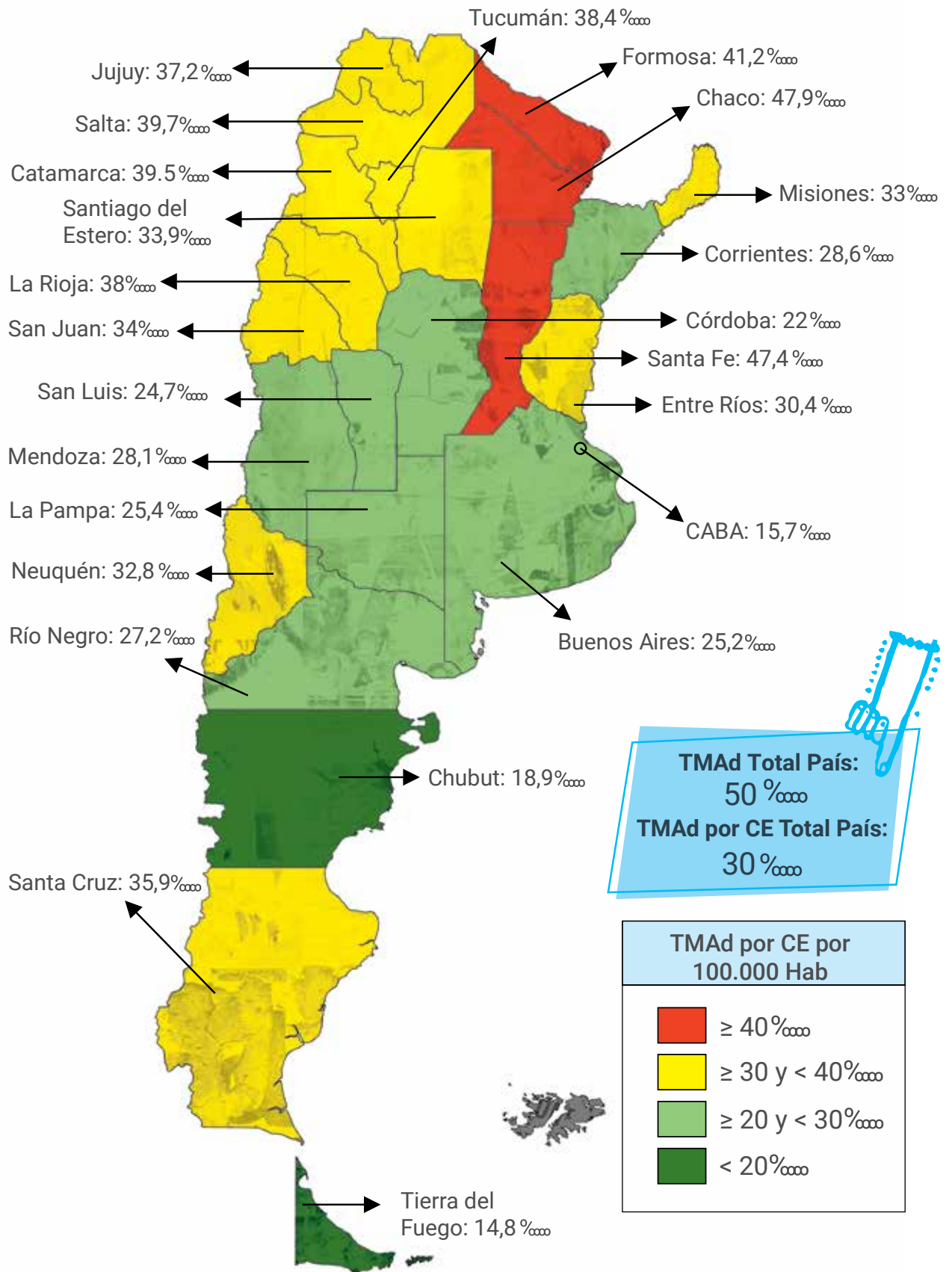
Defunciones de adolescentes por causas externas por tipo de causa y sexo. República Argentina - Año 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (2017) "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2015". Se consideraron las causas principales.

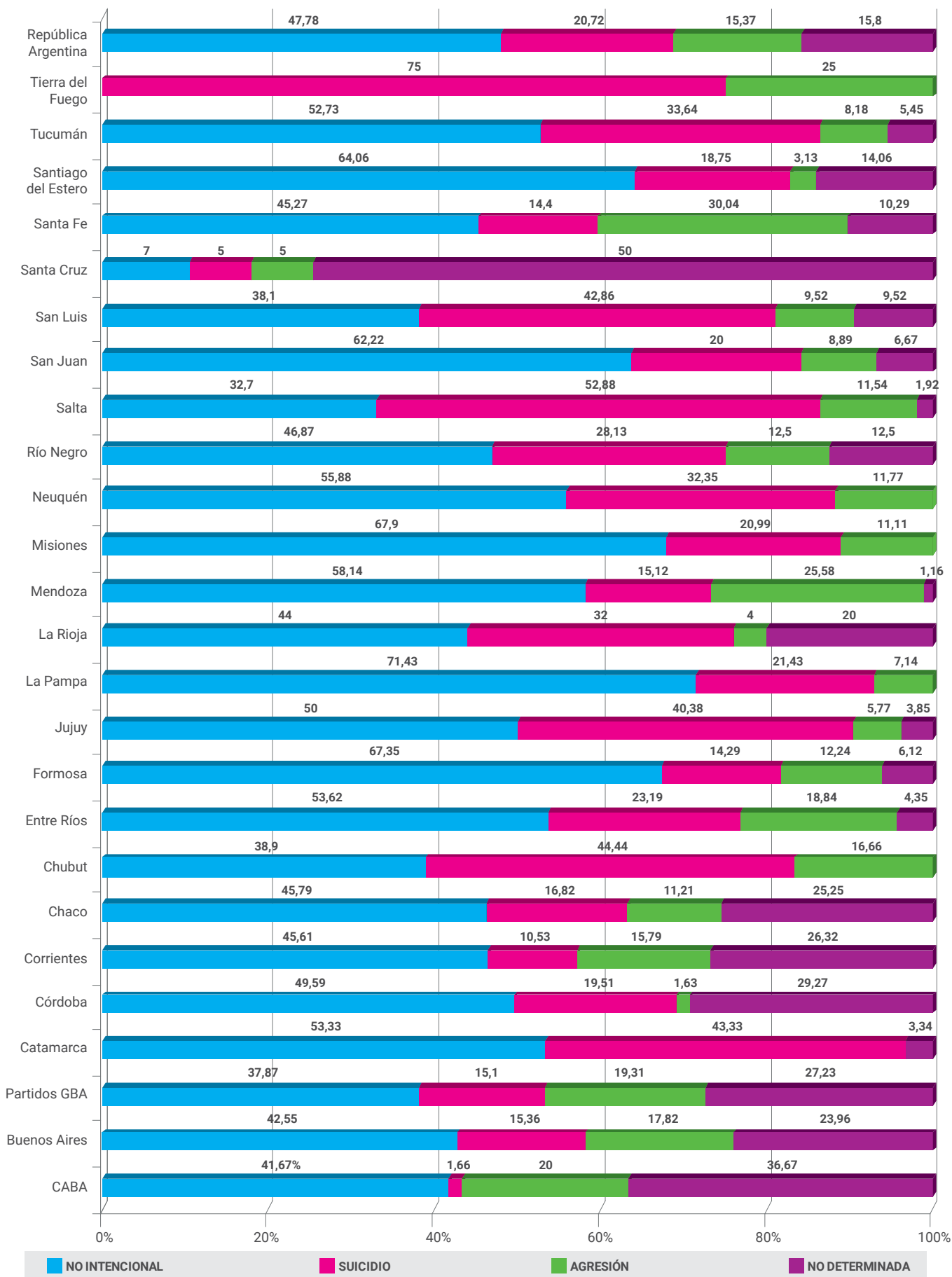
La tasa de mortalidad adolescente por CE es de 30 x 100.000 habitantes a nivel nacional, presentando diferencias significativas entre las provincias: mientras que en la Ciudad de Buenos Aires, Chubut y Tierra del Fuego las tasas fueron inferiores a 20 x 100.000 habitantes; en Chaco y Formosa superan los 40 x 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad por Causas Externas en Adolescentes (x100.000 habitantes). Argentina 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (2017) "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2015".

Defunciones de adolescentes por causas externas por tipo de causa y jurisdicción de residencia (en porcentajes) - República Argentina - Año 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (2017) "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2015".

El análisis de las causas permite inferir inconsistencias y subregistros, en particular referidos a la intencionalidad de los eventos, dada la alta proporción de eventos de intención no determinada, especialmente entre los varones. Estas deficiencias en términos de la calidad del registro también se pueden encontrar en el mapa de la mortalidad por causas externas, donde se destaca la alta proporción de eventos de intención no determinada, que en algunas provincias supera la cuarta parte del total de las CE:

Las deficiencias de registro también ocultan la situación de las mujeres, debido a las tensiones e inconsistencias entre los casos de lesiones autoinfligidas y los referidos a lesiones intencionales infligidas por agresión de terceros.

Por otra parte, si bien los egresos hospitalarios permiten obtener una aproximación del perfil de la morbilidad de la población, esta información tiene algunas limitaciones respecto a su cobertura, ya que los establecimientos dependientes de universidades nacionales y los subsectores de obras sociales y medicina privada no informan egresos.

En el caso de los egresos por CE, se incluyen eventos como traumatismos, envenenamientos, quemaduras, corrosiones, síndromes de maltrato y otras consecuencias de las CE, aunque existen deficiencias en las notificaciones que impiden contar con un registro completo de la intencionalidad de estas lesiones.

Por estos motivos, en los últimos años se ha avanzado tanto en el desarrollo de sistemas de registro como en el diseño e implementación de estrategias de intervención orientadas a la prevención* y atención* de estas problemáticas. En general se trata de iniciativas locales y restringidas a alguno de los temas asociados a la morbimortalidad por violencias, motorizadas tanto desde el área de salud como desde otros ámbitos de la política pública (educación y seguridad vial, entre otras) e incluso, en algunos casos, a partir de experiencias vinculadas a la organización territorial de las comunidades.

En este marco, la identificación y sistematización de buenas prácticas* contribuye al diseño e implementación de lineamientos adecuados para la detección, registro, análisis, prevención*, atención*, seguimiento* y postvención* de la morbilidad y mortalidad adolescente por CE.

OBJETIVOS

El proyecto tuvo como objetivo general el diseño e implementación de estrategias para mejorar la detección, registro y análisis, prevención*, atención* y postvención* de la morbilidad y mortalidad adolescente por causas externas*: lesiones no intencionales (accidentes), lesiones intencionales autoinfligidas (intentos de suicidio/ suicidios) e infligidas por terceros (agresiones/homicidios).

Siguiendo esa línea de trabajo, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Relevar y sistematizar buenas prácticas y lecciones aprendidas en el abordaje integral de la MMACE;
- Desarrollar un paquete de herramientas para la sistematización del circuito de información (detección, registro, análisis de casos y análisis epidemiológico);
- Elaborar lineamientos para la intervención integral (prevención*, atención*, seguimiento* y postvención*).

De esta manera, se obtuvieron como productos centrales del proyecto:

- La sistematización de 15 experiencias de distintos puntos del país identificadas como buenas prácticas*;
- El diseño de un paquete de herramientas para el circuito de información y lineamientos generales para el circuito de intervención.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo cuyo abordaje metodológico estuvo basado en el trabajo conjunto entre el PNSIA y los referentes de los programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia.

El proyecto se organizó en dos etapas:

1. Sistematización de experiencias identificadas como buenas prácticas*

A fin de identificar y seleccionar buenas prácticas*, se relevaron fuentes secundarias documentales y se realizaron entrevistas a informantes clave contactados por medio de los programas provinciales y otros actores gubernamentales y no gubernamentales. Se accedió a información de diversas áreas del Ministerio de Salud de la Nación (Salud Mental, Estadísticas, Epidemiología, Municipios Saludables, etc.); de otros organismos nacionales, como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (Ministerio de Transporte) y el Ministerio de Educación y Deportes; así como de distintos organismos provinciales, municipales y organizaciones de la sociedad civil en todas las provincias.

A fin de seleccionar y priorizar las experiencias, se aplicaron los criterios básicos para la identificación de buenas prácticas*³:

- relación o integración a la actividad esencial de las instituciones involucradas;
- inclusión de mecanismos efectivos de colaboración o alianzas estratégicas entre distintos sectores;
- abordaje multifactorial;
- respuesta a necesidades específicas y claramente identificadas;
- aplicación de recursos para el desarrollo de capacidades que permitan abordar la problemática;
- basada en evidencias;
- continuidad en el tiempo;
- innovación en su diseño y aplicación;
- sencillez y claridad;
- sistematización y evaluación de procesos y resultados;
- retroalimentación y reorientación de las acciones;
- capacidad de replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares.

Sobre las 15 experiencias seleccionadas se relevó información documental y se aplicaron entrevistas semiestructuradas telefónicas y presenciales⁴, con el objetivo de indagar con mayor detalle las metodologías, lecciones aprendidas, obstáculos y resultados. Al mismo tiempo, se relevaron otras experiencias que, si bien no fueron sistematizadas, aportaron al objetivo propuesto en la investigación.

De este modo se detectaron experiencias a escala provincial, municipal y hospitalaria que despliegan buenas prácticas* en el abordaje de la MMACE. Se identificaron y analizaron las experiencias de acuerdo a la CE y circuito abordados: información (detección, registro y análisis) e intervención (prevención*, atención*, seguimiento* y postvención*). El análisis de la información obtenida incluyó la transcripción y el procesamiento de las entrevistas, la carga de información en una base de datos y la elaboración de resultados preliminares⁵.

³ En el Anexo II se encuentran las planillas de relevamiento.

⁴ En el Anexo III se encuentra la guía de entrevista.

⁵ En el Anexo IV se encuentran las grillas de análisis.

2. Diseño del paquete de herramientas para el circuito de información y de los lineamientos generales para el circuito de intervención

Los hallazgos preliminares se presentaron en un taller de validación organizado por PNSIA y OPS los días 4 y 5 de julio de 2017, donde los referentes de los programas provinciales trabajaron de manera participativa en el ajuste y enriquecimiento del paquete de herramientas para el circuito de información y los lineamientos generales para la intervención integral. En dicha instancia también sumaron sus aportes la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) y el Observatorio de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

El proyecto concluyó con la elaboración del presente documento, donde se presentan el paquete de herramientas para el circuito de información (detección, registro, análisis de casos y análisis epidemiológico); los lineamientos generales para la intervención integral (prevención*, atención*, seguimiento* y postvención*); y la sistematización de las experiencias relevadas. Asimismo, el documento cuenta con un glosario, con las definiciones de los conceptos señalados con (*); un apartado de la bibliografía utilizada; y cuatro anexos (protocolos e instrumentos de las experiencias relevadas, planillas de relevamiento, guía de entrevista y grillas de análisis).

A large, abstract pink graphic element that starts as a thick line on the left, curves downwards, then horizontally across the middle, and finally curves upwards and to the right, ending in a sharp point on the right edge. The text 'CAPÍTULO 1' is centered within the white space above the horizontal part of this graphic.

CAPÍTULO 1

Paquete de herramientas para el circuito de información P.18

Alerta temprana	P.19
Detección	P.19
Registro	P.20
Análisis de casos	P.21
Vigilancia	P.22
Detección	P.22
Registro	P.22
Análisis epidemiológico	P.23
Reportes sistemáticos y recomendaciones	P.23
Sugerencias para la implementación del circuito de información	P. 23
Miembros del comité	P.23
Articulaciones	P.23
Instrumentos	P.24
Capacitaciones	P.24

Lineamientos para la intervención integral P.25

Prevención	P.26
Atención	P.26
Seguimiento	P.27
Postvención	P.27
Reportes sistemáticos y recomendaciones	P.27
Sugerencias para la intervención integral	P.27
Equipo de intervención y articulaciones	P.27
Capacitaciones	P.28

PAQUETE DE HERRAMIENTAS PARA EL CIRCUITO DE INFORMACIÓN

El diseño y la elaboración del presente paquete de herramientas son producto del relevamiento y la sistematización de experiencias en todo el país que resultaron en buenas prácticas* referidas al abordaje de la MMACE. A partir de la recuperación y el análisis de los objetivos, metodologías y procesos de implementación, estrategias de articulación, principales logros y obstáculos de las experiencias seleccionadas, sumados a los aportes y ajustes realizados por los referentes de los programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia, se elaboró la presente propuesta para sistematizar el circuito de información.

Se entiende por circuito de información al proceso que integra las acciones de detección de un evento de MMACE, su registro y análisis.

Para implementar y sistematizar el circuito de información, se propone la conformación de comités de análisis de MMACE, o cualquier otro dispositivo de trabajo sistemático interdisciplinario que nucleee las áreas estratégicas de salud (en adelante, se sintetizará como comité⁶) y desarrolle instancias de articulación intersectorial.

Los comités tienen como objetivos principales⁷:

- Investigar y analizar los casos de MMACE, clasificarlos según sus causas y determinar su evitabilidad en todos los procesos;
- Conocer los eventos condicionantes o determinantes en la ocurrencia del evento en población adolescente, y elaborar estrategias para reducirlos;
- Identificar conductas y procedimientos en los servicios de asistencia del Estado en general, y de salud en particular, que pudieran haber tenido intervención;
- Consolidar un sistema permanente y continuo de vigilancia*, que permita conocer los índices de morbimortalidad adolescente (en general y por causas específicas), y disminuir los casos de muertes por causa indeterminada o mal clasificada;
- Retroalimentar al personal de salud y otros actores intervinientes con los resultados de la investigación y análisis, y proponer recomendaciones y estrategias de intervención;
- Analizar las relaciones entre la accesibilidad a los servicios y las muertes evitables.

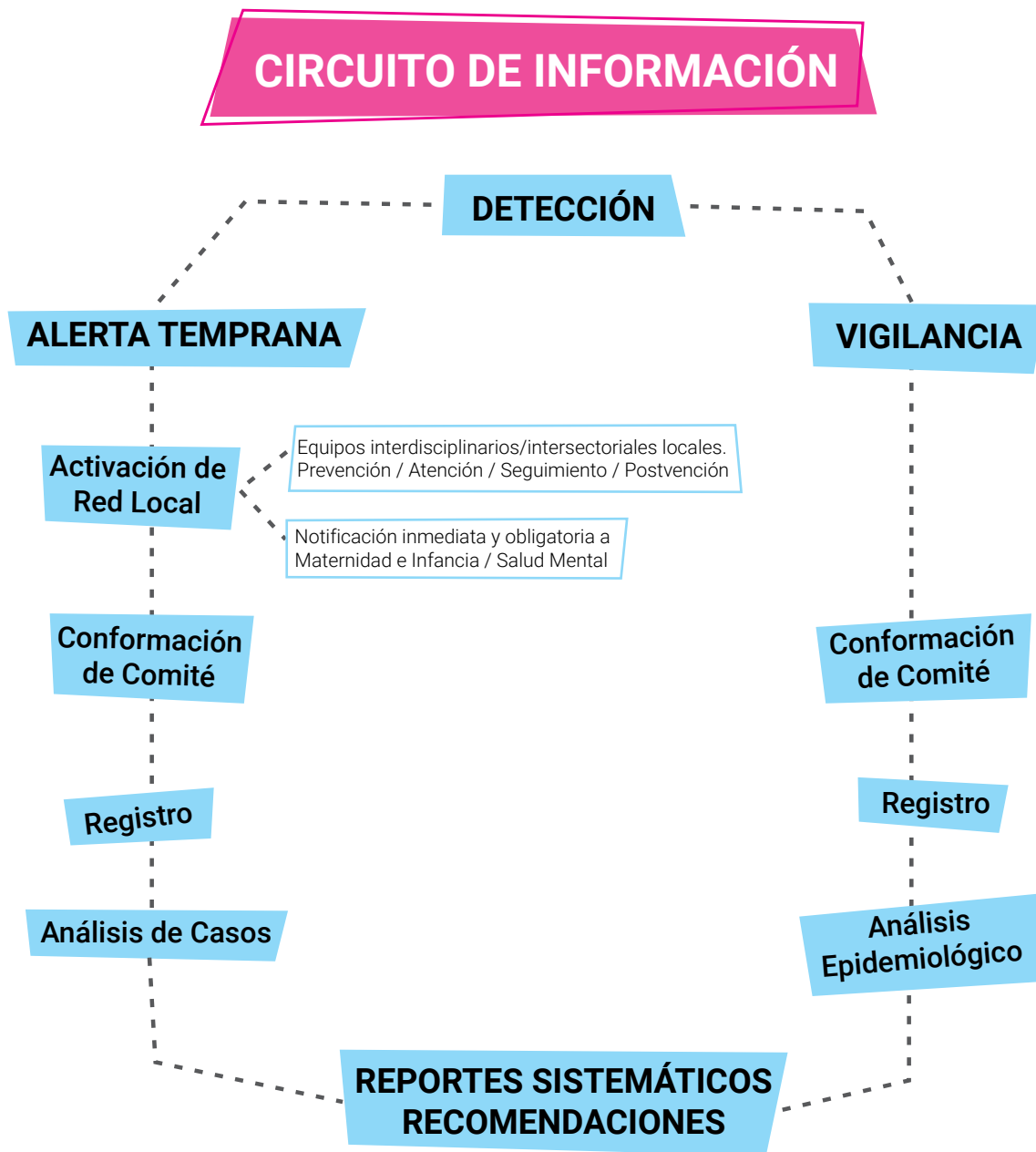
Para cumplir con tales objetivos, se prioriza la articulación de los comités con otros sectores involucrados en la problemática (Educación, Desarrollo Social, Seguridad Vial/Tránsito, Justicia, Sistema Integrado de Emergencias 911, etc.).

Asimismo, se recomienda la conformación y fortalecimiento de una red de referentes por región/área/zona/nodo sanitario. Estos recursos, en tanto disponen de conocimiento local, permiten optimizar el sistema de alerta* y respuesta: facilitan los canales de comunicación entre los servicios y las familias y optimizan el sistema de referencia y contrarreferencia.

⁶ Se decidió denominar genéricamente comité a estas instancias, retomando la experiencia de los comités de mortalidad materno-infantil en el sector de salud.

⁷ Los objetivos fueron elaborados en base a la Resolución No. 166/17 del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, a través de la cual se creó el Comité de Análisis de la Mortalidad Adolescente en dicha provincia.

A continuación, se detallan los actores, procesos, estrategias y herramientas de dos sub-circuitos de información, según el objetivo planteado: alerta temprana*, activación de la red local, registro y análisis de casos, por un lado; y vigilancia*, registro y análisis epidemiológico, por el otro.



ALERTA TEMPRANA

DETECCIÓN

Los referentes disponen de diversas fuentes⁸, que notifican los casos de forma obligatoria e inmediata (dentro de las 24/48 horas de producido el evento). El comité, asimismo, articula con distintos actores para la detección de casos.

⁸ Las listas fuentes de detección/información propuestas no son exhaustivas; los actores e instancias con quienes se puede articular varían según las realidades locales.

Se recomienda la conformación de mesas intersectoriales a nivel central y su replicación a escala local para agilizar la detección y la activación de sistema de respuesta.

Fuentes de información dentro del sistema de salud

- Primer nivel de atención y hospitales (servicios de Guardia, Salud Mental, Adolescencia, Servicio Social, Salas de Internación, Epidemiología);
- Servicios de Emergencias (ambulancias);
- Unidades Centinela* del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE);
- Observatorio Nacional de Salud Mental y Adicciones;
- Área de Epidemiología;
- Área de Estadísticas;
- Área de Discapacidad.

Fuentes de información fuera del sistema de salud

- Educación;
- Servicios de Protección y Promoción de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes;
- Policía;
- Sistema Integrado de Emergencias 911;
- Registro Civil/Registro de las Personas;
- Morgue Judicial;
- Cementerios;
- Justicia;
- Seguridad Vial/Tránsito;
- Medios de comunicación.

Ante la detección de un caso, los referentes activan la red local para que los equipos interdisciplinarios e intersectoriales hagan atención*, seguimiento* y postvención*⁹ (acompañados por las instancias centrales/provinciales). Al mismo tiempo, los referentes notifican el caso a la Dirección de Maternidad e Infancia y a la Dirección de Salud Mental para que, en un plazo breve, se reúna el comité.

REGISTRO

El comité puede elaborar un instrumento para la notificación de casos, que consigne los siguientes datos:

- Nombre;
- DNI;
- Edad;
- Sexo;
- Domicilio;
- Lugar de derivación;
- Contacto de adulto referente;

⁹ Ver lineamientos para la intervención integral.

- Grupo conviviente;
- Causa de lesión y/o muerte (según corresponda);
- Método empleado;
- Factores desencadenantes/de riesgo asociados (falta de soporte familiar y social, antecedentes de lesiones similares en el paciente y su red inmediata, consumo problemático de sustancias psicoactivas, etc.).

Ante la detección de un caso y su notificación al comité, éste se reúne y releva distintos instrumentos de registro¹⁰, que utiliza como insumo para su análisis:

- Libros de Guardia;
- Consultas en consultorios externos (a través de CIE 10; códigos a definir según causa);
- Ingresos y egresos hospitalarios;
- Registros de servicios de Emergencias (ambulancias);
- Historias clínicas;
- Informes escolares;
- Certificados de defunción (a través de Estadísticas);
- Planilla de las Unidades Centinela* del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE);
- Formulario Estadístico Único (FEU)* de las Agencias de Seguridad Vial.

El comité, además, puede elaborar y aplicar un instrumento de recolección de información sobre el caso a analizar. Se sugiere la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave:

- Paciente (morbilidad);
- Familiar (autopsia verbal* entre el segundo y el sexto mes de ocurrida la muerte);
- Personal policial;
- Actor clave de Salud;
- Actor clave de Educación;
- Actor clave de Desarrollo Social.

ANÁLISIS DE CASOS

A partir de la información relevada, el comité realiza una investigación sistemática, reflexiva y crítica del proceso de atención y seguimiento (en caso de morbilidad) o del proceso de muerte (en caso de mortalidad). Para tal fin se recomienda la triangulación* de información y la implementación de la herramienta de Análisis Causa-Raíz* (ACR), con el objetivo de recuperar la trayectoria del adolescente (principalmente en el sistema sanitario pero también en otras instituciones del Estado), para identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores y las fallas del sistema.

En base a los resultados del análisis, el comité propone recomendaciones y estrategias para la intervención inmediata, y fortalece las articulaciones intersectoriales y con la red de referentes para el seguimiento del caso.

VIGILANCIA

La mejora en el registro de casos y el análisis periódico y sistemático de los datos recolectados permite avanzar en la caracterización de los fenómenos, observar tendencias en el tiempo, conocer los grupos etarios prevalentes y los métodos más empleados, y priorizar los factores de riesgo asociados.

¹⁰ Vale aclarar que la lista de instrumentos propuesta no es exhaustiva sino que pretende aportar algunos ejemplos.

De este modo, la identificación de las necesidades específicas en cada área posibilita el diseño y la implementación de intervenciones, la redistribución de recursos y su capacitación, y el fortalecimiento de los equipos locales a partir de la promoción de mesas intersectoriales.

DETECCIÓN

El comité dispone de diversas fuentes¹¹ de información, que utiliza como insumo para la elaboración de análisis e informes epidemiológicos:

Fuentes de información dentro del sistema de salud

- Primer nivel de atención y hospitales (servicios de Guardia, Salud Mental, Adolescencia, Servicio Social, Salas de Internación, Epidemiología);
- Servicios de Emergencias (ambulancias);
- Unidades Centinela* del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE);
- Observatorio Nacional de Salud Mental y Adicciones;
- Área de Epidemiología;
- Área de Estadísticas;
- Área de Discapacidad;
- SUMAR.

Fuentes de información por fuera del sistema de salud

- Morgue Judicial;
- Cementerios;
- Registro Civil/Registro de las Personas;
- Educación;
- Servicios de Protección y Promoción de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes;
- Ministerio de Seguridad;
- Seguridad Vial;
- Justicia;
- Medios de comunicación.

REGISTRO

El comité releva distintos informes e instrumentos de registro¹², que utiliza como insumo para el análisis epidemiológico:

- Estadísticas vitales y de ingresos y egresos hospitalarios (a través de CIE 10; códigos a definir según causa);
- Planilla e informes de las Unidades Centinela* del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE);
- Registros de servicios de Emergencias (ambulancias);
- Historias clínicas;
- Certificados de defunción (a través de Estadísticas);
- Formulario Estadístico Único* (FEU) de las Agencias de Seguridad Vial.

11 La lista fuentes de detección/información propuesta no es exhaustiva; los actores e instancias con quienes se puede articular varían según las realidades locales.

12 La lista de informes e instrumentos de registro que puede relevar el comité no es exhaustiva.

El comité puede elaborar un instrumento para la notificación de casos, que también podrá usar como insumo para el análisis epidemiológico.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

A partir de la información relevada, el comité produce informes, estadísticas e indicadores básicos de MMACE (con una periodicidad a definir según la densidad poblacional y cantidad de casos). Se recomienda la triangulación* de información y la incorporación de herramientas de georreferenciación* por lugar de ocurrencia en eventos no intencionales y/o por lugar de residencia en eventos intencionales (autoinfligidos o por terceros).

REPORTES SISTEMÁTICOS Y RECOMENDACIONES

Resulta fundamental que la sistematización del circuito de información esté orientada a la acción.

En este marco, es importante que el comité desarrolle una estrategia de retroalimentación con otros actores mediante la elaboración de **reportes sistemáticos**. Dichos reportes incluyen una síntesis de la información relevada con los datos significativos disponibles en los instrumentos de registro, las conclusiones y las recomendaciones dirigidas a los niveles de decisión, con el objetivo de aportar al desarrollo de políticas públicas. También se recomienda agregar propuestas de intervención institucional y territorial ajustadas a los marcos normativos locales, que puedan llevar a cabo los efectores de salud y otros actores involucrados.

La periodicidad de los reportes se definirá en base a la relevancia del problema; como criterio general no debe transcurrir más de seis meses para que los datos sean distribuidos entre quienes toman decisiones, de manera tal que puedan utilizarlos efectivamente. (Barragán, L. et al)

SUGERENCIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CIRCUITO DE INFORMACIÓN

MIEMBROS DEL COMITÉ

Se propone conformar un **núcleo básico interdisciplinario**, integrado por áreas estratégicas de salud, tales como la Dirección de Atención Primaria de la Salud, la Dirección de Hospitales, Adolescencia, Salud Mental, Epidemiología/Estadística, para realizar análisis de casos y recomendaciones para el abordaje, garantizando la confidencialidad de los datos.

ARTICULACIONES

El comité puede articular con otras instancias dentro del sistema de salud, tales como Adicciones, Unidades Centinela de SIVILE*, Sala de Situación*, servicios de Emergencias, comités de mortalidad y de violencia en hospitales, Discapacidad, SUMAR, implementaciones locales del Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, equipos de salud del primer y segundo nivel incluyendo agentes sanitarios y promotores de salud, programas provinciales de prevención* y abordaje de suicidio y/o violencia. Para lograr un mayor alcance y cobertura, se puede incorporar a los subsectores privado y de seguridad social (obras sociales) como fuentes de información para la notificación.

Asimismo, se recomienda que el comité establezca mecanismos de **articulación intersectorial** para triangular* información, promover abordajes integrales y realizar análisis epidemiológicos (modelo ecológico*). En este sentido, puede convocar a distintos actores, tales como Educación, Desarrollo Social, Servicios de Protección y Promoción de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Policía, Comisaría de la Mujer, Justicia, Sistema Integrado de Emergencias 911, Seguridad Vial, Registro Civil/Registro de las Personas y medios de comunicación, para que aporten en relación a temáticas puntuales.

Se sugiere coordinar el trabajo con el Sistema Integrado de Emergencias 911. La centralización de diversas

fuentes de detección (Policía, Ambulancias, Bomberos, Defensa Civil) permite agilizar la notificación y activación de alerta* temprana. Al mismo tiempo, la unificación del sistema de carga de información garantiza la calidad y homogeneidad de los datos. Se plantea como innovación la incorporación y capacitación de equipos de salud mental dentro del Sistema Integrado de Emergencias 911 para que realicen intervenciones telefónicas de contención y establezcan enlaces entre el paciente y los servicios de salud.

INSTRUMENTOS

Para formalizar y garantizar tanto el acceso a la información como la sostenibilidad en el tiempo (**institucionalización**), se recomienda la creación del comité a través de una resolución ministerial, y la firma de convenios y actas acuerdo con diversos actores para formalizar y garantizar el acceso a la información y la sustentabilidad en el tiempo. Al mismo tiempo, se recomienda la definición de **objetivos claros** que guíen el diseño y la implementación del comité.

Una vez conformado, el comité cuenta con una **multiplicidad de instrumentos de registro y fuentes de información**, a priorizar según su calidad y disponibilidad: tal como se explicó anteriormente, los listados de instrumentos y fuentes propuestos en esta investigación no son exhaustivos, sino que deben adecuarse a las realidades locales. En esta línea, se recomienda la incorporación de encuestas poblacionales (tanto de salud como de otras áreas).

De acuerdo a las posibilidades, un comité puede comenzar con el análisis de la morbilidad adolescente por alguna de las causas que le resulte prioritaria en alguna zona donde se detecte mayor prevalencia, a modo de prueba piloto o como muestra centinela*, para luego avanzar con el abordaje de todas las causas externas en el territorio completo.

CAPACITACIONES

El diseño y la implementación de capacitaciones y actividades de formación para diversos actores en contacto con la temática se perfilan como estrategias clave para la visibilización de la problemática y la sensibilización de los equipos (y de la comunidad en general).

Puesto que son una instancia de intercambio y transferencia de conocimientos y experiencias, las capacitaciones se constituyen como un espacio fundamental para la unificación de criterios, la coordinación de acciones y el armado de redes.

En esta línea, se recomienda la implementación de capacitaciones a:

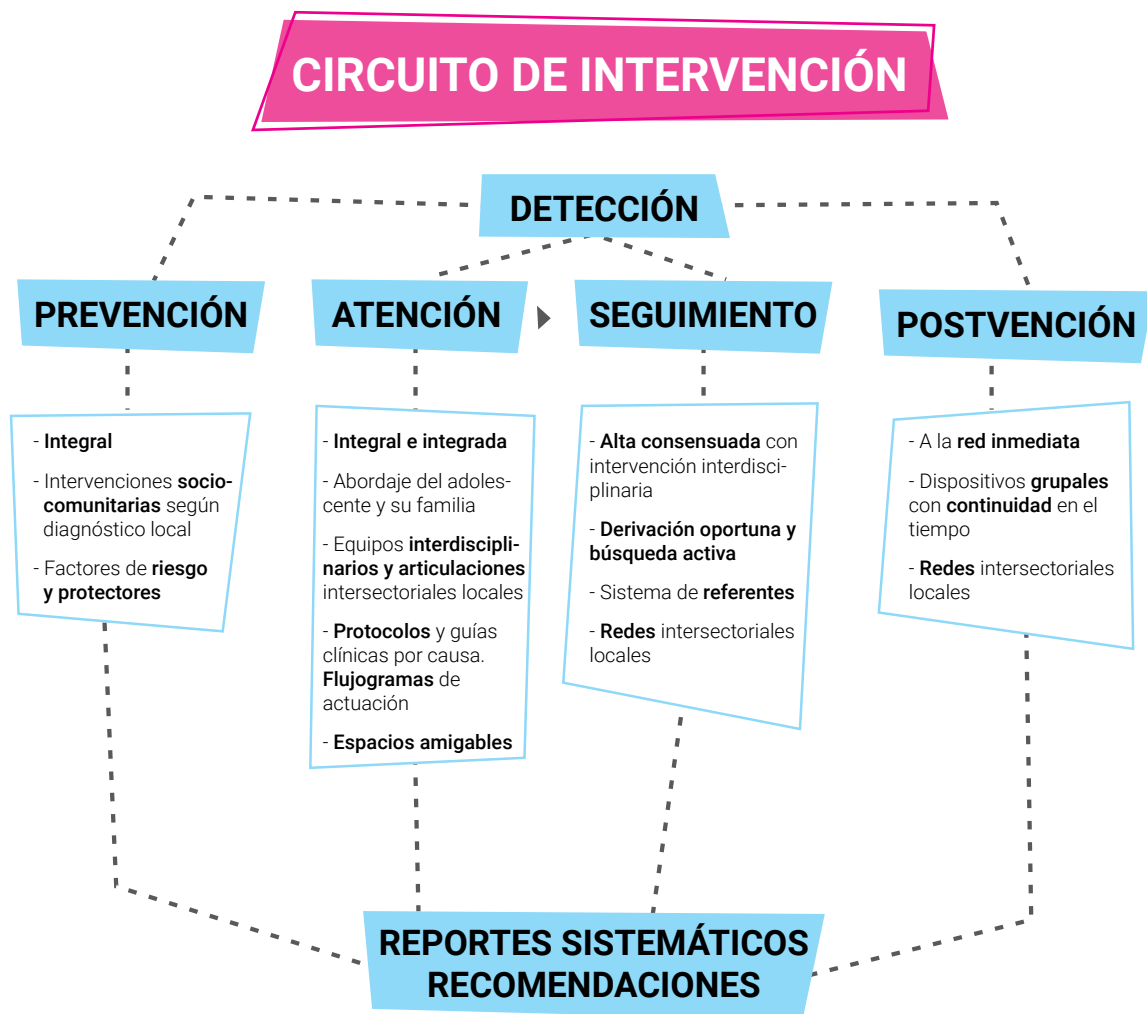
- Profesionales de salud de primer nivel de atención y hospitales (principalmente, los servicios de Guardia, Salud Mental, Adolescencia, Tocoginecología y Servicio Social) en detección, notificación, registro, abordaje integral y trabajo en red. Inclusión de la temática en las formaciones de grado y posgrado;
- Instancias de decisión (nivel central);
- Cuerpo forense y Justicia;
- Policía y Servicio Integrado de Emergencias, en modalidad de atención y notificación;
- Educación (gabinetes escolares, docentes, autoridades) en detección, notificación, modalidad de abordaje y trabajo en red;
- Medios de comunicación en tratamiento de la información.

LINEAMIENTOS PARA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL

A continuación se presentan lineamientos para la intervención integral en las problemáticas vinculadas a la MMACE. Éstos fueron elaborados a partir del relevamiento y la sistematización de experiencias en todo el país que resultaron en buenas prácticas* referidas a esta temática, y fueron ajustados y enriquecidos con los aportes de los referentes de los programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia.

Se entiende por circuito de intervención al proceso que integra las acciones de prevención*, atención*, seguimiento* y postvención*. Dichas intervenciones las realizan los equipos locales en función del diagnóstico y los recursos disponibles, acompañados por las instancias centrales/provinciales, priorizando un enfoque interdisciplinario y la articulación intersectorial para garantizar el abordaje integral y comunitario de la problemática. Los niveles centrales implementan acciones de capacitación, asistencia técnica y monitoreo para el desarrollo de las intervenciones locales.

La estrategia de articulación en red, sumada a la red de referentes por región/área/zona/nodo sanitario¹³, permiten optimizar el sistema de alerta* y respuesta.



13 Ver paquete de herramientas para la implementación del circuito de información.

PREVENCIÓN

Se prioriza la implementación de intervenciones socio-comunitarias de prevención* integral, que apunten a reducir los factores de riesgo y, al mismo tiempo, fortalecer los factores protectores. En este sentido, se trata de sustituir la visión reduccionista del riesgo individual por una mirada integral de las situaciones de vulnerabilidad social, que resultan del debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales, de la fragilidad institucional y de la precarización e inestabilidad laboral. Al respecto, cualquier situación que atente contra los derechos humanos fundamentales configura una situación de vulnerabilidad, y por ende, de riesgo para las personas, grupos y comunidades (DNSMyA, 2014).

Desde esta perspectiva se proponen intervenciones que puedan abordar diversos contenidos, tales como violencias, autocuidado y autoestima, proyectos de vida, habilidades para la vida*, educación para la salud, masculinidades, perspectivas de género, violencia en el noviazgo, parentalidad positiva, acoso escolar, consumos, seguridad vial, entre otros.

Para su diseño e implementación (en función de los diagnósticos y recursos locales), se destaca la estrategia de articulación intersectorial (modelo ecológico*), y se recomiendan las siguientes intervenciones¹⁴:

- Talleres participativos, foros, mesas redondas de adolescentes;
- Articulación con escuelas, organizaciones juveniles, clubes, centros de recreación, murgas. Identificación de temáticas de interés y diseño participativo de actividades de prevención*, culturales y recreativas;
- Identificación y formación de adolescentes tutores/acompañantes/líderes, para que se inserten en sus comunidades y sean referentes sociales;
- Transferencia de conocimientos y aprendizajes entre pares;
- Difusión de recursos culturales, recreativos y educativos para adolescentes;
- Dispositivo de Asesorías Escolares;
- Acompañamiento de la ESI desde nivel inicial;
- Talleres/espacios de encuentro para padres;
- Talleres/espacios de encuentro para docentes, gabinete/asesores pedagógicos, autoridades escolares;
- Campañas de prevención* y sensibilización en medios de comunicación y espacios públicos.

ATENCIÓN

Ante un caso de MMACE, la atención es integral e integrada*, tanto para el paciente como para su familia. Para tal fin, los abordajes en hospitales y primer nivel de atención son interdisciplinarios (servicios de Guardia, Salud Mental, Adolescencia, Tocoginecología, Servicio Social, Internación, etc.) y, al mismo tiempo, intersectoriales (Servicio de Protección y Promoción de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Justicia, etc.)¹⁵.

Se promueve la unificación de criterios de actuación, a partir del diseño y la implementación de protocolos y guías clínicas¹⁶ por causa (suicidio, violencia sexual, maltrato juvenil, etc.), acompañados por flujogramas de actuación.

Asimismo, se fomenta la creación de espacios amigables* dentro de los establecimientos sanitarios, donde se desarrollen actividades tales como talleres recreativos en salas de espera y con pacientes internados, espacios de circulación y esparcimiento, salas de juego y de lectura, entre otras.

¹⁴ La propuesta de actores, contenidos, estrategias e intervenciones para la prevención no es exhaustiva, varía según las realidades locales.

¹⁵ Los servicios de salud y otros actores involucrados en la atención varían según el caso y las realidades locales.

¹⁶ En el Anexo I se encuentran los protocolos e instrumentos de las experiencias relevadas para la investigación.

SEGUIMIENTO

A fin de garantizar un abordaje integral, el alta del paciente es consensuada con intervención interdisciplinaria de los servicios implicados en su atención (Adolescencia, Salud Mental, Servicio Social entre otros, según el caso). Esta intervención, además, incluye una propuesta de plan terapéutico integral (que contemple aspectos biológicos, psicológicos y sociales), a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio del paciente.

En este sentido, se destacan las estrategias de búsqueda activa y derivación oportuna: intervenciones de articulación con servicios de atención primaria de la salud y agentes sociosanitarios/en terreno para el acompañamiento del paciente, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y la implementación de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento. La red de referentes es, también, un recurso de suma importancia para el seguimiento* de los casos a través de los distintos niveles de atención implicados: en tanto disponen de conocimiento local, facilitan los canales de comunicación entre los servicios y las familias y optimizan el sistema de referencia y contrarreferencia.

Se recomienda, además, que el seguimiento* del paciente no se limite a escala sanitaria. Para su abordaje y seguimiento integral, resulta clave el armado y fortalecimiento de redes intersectoriales locales, donde articulen dispositivos de atención, Educación, Justicia, Desarrollo Social, **Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia** (SENNAF), Cultura, Deportes, dispositivos de SEDRONAR, etc., según las realidades locales.

POSTVENCIÓN

Se recomienda realizar las intervenciones de postvención* después de las 48-72 horas de producida la muerte y dentro de los primeros 30 días, con el objetivo de contener a la red inmediata y, al mismo tiempo, identificar signos de mayor vulnerabilidad en pares y familiares.

Por esta razón, es conveniente implementar dispositivos grupales con continuidad en el tiempo (a la familia, en un ámbito terapéutico; a compañeros y amigos, en escuelas, unidades vecinales, clubes), y el armado y fortalecimiento de redes intersectoriales locales, donde articulen dispositivos de atención, Educación, Desarrollo Social, SENNAF, Cultura y Deportes, INADI, Justicia, etc., según el caso y la realidad local.

REPORTES SISTEMÁTICOS Y RECOMENDACIONES

En el proceso de intervención también es importante sistematizar la información y confeccionar **reportes sistemáticos** que den cuenta de las acciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la elaboración de recomendaciones para los niveles de decisión política.

Es recomendable que estos reportes tengan cierta periodicidad (cuatrimestral o semestral), e incluyan los indicadores principales de monitoreo y evaluación, las conclusiones sobre los resultados de las intervenciones y otra información significativa que permita realizar los ajustes necesarios, así como identificar buenas prácticas* para su réplica en contextos similares.

SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL

EQUIPO DE INTERVENCIÓN Y ARTICULACIONES

Se recomienda el fortalecimiento de redes locales que nucleen áreas estratégicas del sistema de salud (servicios de Guardia, Adolescencia, Salud Mental y Servicio Social de atención primaria de la salud y hospitales; programas provinciales de prevención* de suicidio y violencia; observatorios de salud mental; implementaciones locales del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*, etc.) y otros actores (Educación, Desarrollo

Social, Servicios de Protección y Promoción de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, SENNAF, dispositivos de SEDRONAR, INADI, Seguridad Vial/Tránsito, Juventud, Cultura, Deportes, Policía, Comisaría de la Mujer, Seguridad, Justicia, medios de comunicación, organizaciones comunitarias y juveniles, clubes, etc.).¹⁷

CAPACITACIONES

Se recomienda el diseño y la implementación de actividades de formación y capacitaciones permanentes, tanto a efectores de salud y como a otros actores involucrados en la problemática, que fomenten el intercambio de conocimiento interdisciplinario y aborden las resistencias que los equipos puedan llegar a tener en el abordaje de la temática.

En esta línea, se sugieren los siguientes actores y contenidos para la implementación de intervenciones de formación a:

- Equipos de atención primaria de la salud y hospitales, principalmente en los servicios de Guardia, Salud Mental, Tocoginecología, Pediatría, médicos generalistas y agentes sociosanitarios/en terreno. Humanización de la práctica, sensibilización en las problemáticas (derechos, género y diversidad, no discriminación, no criminalización, etc.) y aplicación de lineamientos y protocolos para el abordaje integral. Inclusión de la temática en la formación de grado y postgrado;
- Docentes, directores, supervisores y equipos técnicos de Educación, y a referentes comunitarios, organizaciones sociales, clubes, sedes vecinales, en detección, modalidad de abordaje y trabajo en red;
- Policía y Comisaría de la Mujer, en modalidad de atención (primeros auxilios básicos en Salud Mental), protección de derechos, notificación y trabajo en red;
- Justicia, Sistema de Protección de Derechos, medios de comunicación, entre otros actores.

¹⁷ La lista de actores propuesta no es exhaustiva, varía según las realidades locales.

A large, abstract green graphic element that starts from the left edge, dips down, then rises to form a thick horizontal bar across the middle of the page, and finally tapers off to the right edge. The text 'CAPÍTULO 2' is centered within the white space above this bar.

CAPÍTULO 2

Sistematización de experiencias P.32

Experiencias que abordan morbilidad por todas las causas externas P.33

- Unidad Centinela de Vigilancia de Lesiones del Hospital "Nuestra Señora del Carmen" P.33
- Unidad Centinela de Vigilancia de Lesiones del Hospital Regional de Ushuaia "Gobernador Ernesto Campos" P.35
- Dispositivo con escuelas y encuentro de padres del Programa de Atención Integral de Adolescentes P.36
- Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" ... P.38

Experiencias que abordan morbilidad por lesiones no intencionales P.40

- Área de Tránsito de la Municipalidad de Urdinarrain P.40
- Mesa de Trabajo Intersectorial de Pocito P.42
- Atención de adolescentes con secuelas de lesiones de tránsito en el Hospital Interzonal "San Juan Bautista" P.43

Experiencias que abordan morbilidad por lesiones intencionales autoinfligidas P.45

- Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida P.45
- Programa Provincial de Prevención de Suicidio P.47
- Observatorio de Salud Mental P.49
- Dispositivo intersectorial de prevención de suicidios P.51
- Abordaje local de la problemática de suicidio en adolescentes P.53
- Red "Aquí y Ahora a tu Lado" P.55

Experiencias que abordan morbilidad por lesiones intencionales infligidas por terceros P.57

- Programa Provincial de Prevención y Asistencia de Violencia P.57
- Protocolo de atención de víctimas de violencia sexual P.58

Otras experiencias detectadas P.59

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

Con el objetivo de recuperar buenas prácticas* en el abordaje de la MMACE, se relevaron y sistematizaron quince experiencias en todo el país, a escala provincial, municipal y hospitalaria.

Estas experiencias pueden servir de modelo para profesionales u organizaciones, en tanto permiten aprovechar los conocimientos y aprendizajes de otros, aplicándolos y adaptándolos a contextos similares, a fin de replicar los logros obtenidos.

A continuación se relatan los objetivos, metodologías y procesos de implementación, estrategias de articulación, principales logros y obstáculos de las experiencias seleccionadas, agrupadas según la causa que abordan: todas las causas externas, no intencionales, intencionales autoinfligidas e infligidas por terceros. Asimismo, se mencionan otras experiencias que, si bien no fueron sistematizadas, aportaron al objetivo de la investigación.

Referencia de las experiencias



EXPERIENCIAS QUE ABORDAN MORBIMORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EXTERNAS

UNIDAD CENTINELA DE VIGILANCIA DE LESIONES DEL HOSPITAL “NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN”

Localización: El Carmen, Jujuy
Institución ejecutora: Servicio de Epidemiología del Hospital “Nuestra Señora del Carmen”
Circuito de abordaje: Información e Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Población en general
Escala: Hospitalaria



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El servicio de Epidemiología del Hospital de El Carmen comenzó a desarrollar, en el año 2003, actividades de prevención* de accidentes de tránsito en articulación con el Municipio y las escuelas. Sin embargo, observaban que no disponían de sistemas de datos confiables y oportunos que sirvieran para el diseño y la implementación de intervenciones eficaces. Por esta razón, en el año 2006 el hospital se incorporó al Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE), constituyéndose como Unidad Centinela* a cargo del servicio de Epidemiología, e incorporando el instrumento de registro de SIVILE y la carga de datos online en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

En paralelo, se conformó un grupo de estudio y capacitación con la universidad local para incorporar herramientas de Sistemas de Información Geográfica (SIG) que permitieran integrar los accidentes de tránsito con su lugar de ocurrencia.

De esta manera, el servicio de Epidemiología fue consolidando un circuito de información a lo largo de una década. A través del monitoreo y la triangulación* de información de distintas fuentes, el servicio detecta y registra ya no sólo lesiones no intencionales por accidentes de tránsito, sino también agresiones interpersonales y violencia de género, lesiones autoinfligidas e ingresos reiterados por intoxicación medicamentosa (intentando captar intentos de suicidio), maltrato infantil, entre otras. La pronta detección mejoró el sistema de respuesta: ante la detección de un caso, el servicio de Epidemiología articula con diversos servicios del hospital y con las escuelas para realizar seguimiento* y abordaje integral.

A partir del tratamiento sistemático y unificado de la información y su georreferenciación*, el servicio también fue avanzando en la caracterización de los fenómenos. Sus investigaciones, análisis y hallazgos son insumo para el diseño y la implementación de diversas intervenciones intersectoriales.

¿CÓMO LO HACEN?

El servicio de Epidemiología monitorea sistemáticamente diversas fuentes de información para detectar casos:

- Revisa diariamente las Órdenes de Atención Ambulatoria (ODAA) de todos los servicios y los registros de ambulancias;
- Tiene un registro en común con la Guardia;
- Realiza consultas informales a la Policía para detectar casos de agresiones y accidentes de tránsito que no pasan por la Guardia;

- Recibe reportes de escuelas y articula con el espacio de consultoría que el equipo de Adolescencia del hospital tiene en uno de los colegios.

Ante la detección de un caso, el servicio de Epidemiología articula con diferentes servicios del hospital (principalmente, el servicio Social y el equipo de Adolescencia), coordina los turnos y hace seguimiento*. Además, releva en sus registros si ese paciente ha tenido ingresos anteriores al hospital por lesiones similares. En los casos de adolescentes escolarizados, articula con el colegio para hacer un seguimiento y abordaje en conjunto.

Por otro lado, con la información relevada y registrada, el servicio de Epidemiología realiza diversas investigaciones, análisis e informes para avanzar en la caracterización de los fenómenos.

Los intentos de suicidio y suicidios consumados se georreferencian* por lugar de residencia, mientras que los accidentes de tránsito y las agresiones interpersonales se georreferencian* por lugar de ocurrencia.

En este sentido, es interesante recuperar un proyecto que se sostuvo durante un año y que consistió en el estudio comparativo entre los registros de SIVILE (planillas orientadas al paciente) y el Formulario Estadístico Único (FEU)* del Observatorio Vial local, un instrumento que contiene información sobre el ambiente del siniestro, como estado de la ruta y del tiempo. La triangulación* y el análisis de estos datos permitieron concluir que el principal problema era la señalización.

En la actualidad y a través de un proyecto de Salud Investiga, el servicio está realizando una investigación de Carga Global asociada a lesiones en términos de discapacidad y muerte como consecuencia de accidentes de tránsito en el período 2013-2014. A través de distintas fuentes de información (planilla de SIVILE; Formulario 883 de Atención Primaria de la Salud del Área Programática; entrevistas a agentes sanitarios y pacientes), se elaboraron dos paquetes de datos: muertos y vivos (secuestrados o no, tipos de discapacidad). El objetivo es construir indicadores que establezcan relaciones entre lesiones, defunciones y discapacidad y tasas.

En relación con las lesiones intencionales por agresiones interpersonales, con los registros de SIVILE de enero a agosto de 2012 se realizó un "Mapa del delito" que permitió visualizar localizaciones espaciales diferenciales. Los hallazgos se trasladaron a la comunidad, al Concejo Deliberante, a la Policía, a Gendarmería y a Defensa Civil.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El servicio de Epidemiología promueve articulaciones intrahospitalarias con los servicios de Guardia, Social, el equipo de Adolescencia y ambulancias. También impulsa articulaciones intersectoriales con escuelas, el Municipio y la Policía.

¿QUÉ LOGRARON?

El equipo del servicio de Epidemiología destaca su compromiso como una fortaleza, y considera que la continuidad de la experiencia en el tiempo se explica porque la vigilancia* y el registro están orientados a la acción. Así lo resumió la jefa del servicio de Epidemiología, Ana María Chalabe: "Todo el tiempo estamos viendo para qué sirve. Sabemos claramente qué estamos buscando: si se encuentra esto, es para esta acción".

En relación con los intentos de suicidio, la articulación entre los servicios de Epidemiología y Social, el equipo de Adolescencia y las escuelas permitió, por un lado, la detección temprana y el seguimiento* de casos. Y, por otro lado, la priorización de la problemática habilitó el despliegue de una serie de intervenciones, como la capacitación a docentes en detección de alumnos en riesgo y la realización de actividades de postvención*/prevención* inespecífica con docentes, asesores pedagógicos y autoridades, con padres y con alumnos.

De igual modo, ante una serie de problemáticas que se venían desarrollando en una escuela (consumo excesivo de alcohol, intentos de suicidio y episodios de violencia interpersonal), el hospital, el colegio, la Municipalidad, la Policía y centros vecinales conformaron una mesa de trabajo que se sostuvo durante tres años y que resultó en la elaboración de un "Plan Global de Seguridad Institucional". Esta instancia tuvo como objetivos:

- El diseño de un "Protocolo de Seguridad Escolar" (procedimientos para actuar ante una situación de violencia y red con teléfonos de emergencia);

- El desarrollo de acciones de prevención* inespecífica y redes de apoyo. Identificación y formación de líderes por curso. Elaboración participativa (alumnos, padres, directivos, hospital, Municipio) de código de convivencia escolar;

- El fortalecimiento de redes comunitarias;

-La realización de capacitaciones;

-El desarrollo, en la escuela, de un sistema de registro para el seguimiento* de los alumnos involucrados en episodios de violencia o acoso escolar (los docentes, psicólogos, asesores pedagógicos, etc. realizan notas personalizadas sobre cada caso).

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Encuentran resistencias en los médicos para registrar información de consumos de sustancias psicoactivas. Los problemas de conectividad dificultan la carga online.

UNIDAD CENTINELA DE VIGILANCIA DE LESIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA “GOBERNADOR ERNESTO CAMPOS”

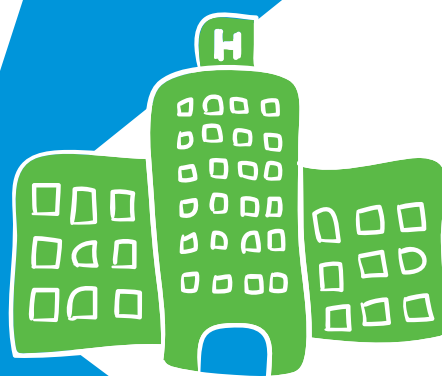
Localización: Ushuaia, Tierra del Fuego

Institución ejecutora: Departamento de Epidemiología Zona Sur, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Tierra del Fuego

Circuito de abordaje: Información

Destinatarios/beneficiarios: Toda la población

Escala: Hospitalaria



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Departamento de Epidemiología consolidó, en el año 2013 y dentro del marco del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE), una Unidad Centinela* asentada en el área de Internación del Hospital Regional de Ushuaia. En base a los recursos disponibles para implementar la estrategia (viabilidad), se establecieron los criterios de vigilancia*, definiendo como caso a todo paciente hospitalizado de urgencia como consecuencia de una lesión física evidente o con la necesidad de observación para descartar potenciales daños de causa externa*. Se incluyen también las internaciones diferidas por lesiones inadvertidas o por mala evolución ambulatoria del cuadro, siempre que la internación no se realice de forma programada. Y respecto a las lesiones autoinfligidas, se incluyen los casos que se internan como consecuencia de la lesión y no aquellos por indicación exclusiva de salud mental.

“La idea es explotar la información para generar una retroalimentación al sistema y que los profesionales puedan ver el conjunto de la carga de la hospitalización por causas externas*. Con el sesgo que pueda tener, con algún caso que se pueda haber escapado Pero es una información que sirve para reflexionar y generar oportunidades de mejora o líneas de trabajo”, explicó el jefe de Departamento de Epidemiología Zona Sur, Gastón Babio.

¿CÓMO LO HACEN?

El Departamento se contacta diariamente con la secretaría de sala de Internación para detectar casos, y releva datos de sus historias clínicas. Si lo considera necesario, también consulta a los profesionales que llevan el caso y al paciente. Esta información es registrada en el instrumento de SIVILE y cargada en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). A partir de esta plataforma, se realizaron dos informes: uno del primer año, y otro del primer trienio de la Unidad Centinela* (2013-2015).

En paralelo, una de las primeras estrategias que implementó el Departamento fue transmitir los domicilios de los niños, niñas o adolescentes que habían tenido un accidente a los agentes sanitarios para que visiten sus casas y hagan seguimiento de los casos.

Además, el Departamento aporta información y análisis a la Sala de Situación de Salud* municipal, conformada a partir de la implementación local del Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. Esta

instancia prioriza, entre otros temas, el abordaje de las lesiones de tránsito y, por tal motivo, se conformó una mesa intersectorial que cuenta con la participación del Departamento. De igual modo, en la actualidad se está articulando con la Secretaría de Transporte para perfilar estrategias de trabajo en conjunto.

El Departamento de Epidemiología también elabora estadísticas de mortalidad. Utiliza, para ello, distintas fuentes de información: monitorea los certificados de defunción que el Registro Civil remite a la Dirección de Estadística, releva medios de comunicación y consulta a otros sectores con intervención en los casos, como Salud y Justicia.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El Departamento de Epidemiología articula con agentes sanitarios, la Sala de Situación de Salud* municipal y la Secretaría de Transporte.

¿QUÉ LOGRARON?

El informe elaborado en base a los datos relevados durante el primer trienio de la Unidad Centinela* es valorado como un logro, al constituir un análisis que incluye dimensiones tales como: distribución por sexo, por edad, por etapa de la vida y según días de la semana en que se produjeron las lesiones; tipo de incidente e intencionalidad; situación laboral y nivel de instrucción en mayores de 18 años.

La definición del universo de la Unidad Centinela* (hospitalizados por lesiones) y la cercanía entre los distintos actores que intervienen en los casos se consideran como fortalezas de la experiencia: "Contamos con la ventaja de que es una provincia chica; entonces, si hay alguna duda, es más fácil despejarla y afinar la calidad del dato contactando a los actores", señaló Babio, quien también resaltó el marco nacional que aporta SIVILE en tanto "hoja de ruta" para la implementación de la estrategia.

El intercambio y la devolución de información a los efectores asistenciales es, al mismo tiempo, una estrategia destacada. La referente del Programa Provincial de Adolescencia de Tierra del Fuego, Romina Ortega, enfatizó que "si uno se vincula desde un lugar de trabajo, desde discutir prácticas, y esa vinculación es sostenida en el tiempo, valorás el trabajo del otro. Y además te vuelve, sos parte de una cadena de valor, que es totalmente diferente a registrar un dato que no sabés para dónde ni para qué es. Yo creo que esta Dirección lo tiene claro, está muy imbricada con el trabajo de los efectores asistenciales".

DISPOSITIVO CON ESCUELAS Y ENCUENTRO DE PADRES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES

Localización: Moreno, Provincia de Buenos Aires
Institución ejecutora: Programa de Atención Integral de Adolescentes (PAIA) del Hospital "Mariano y Luciano de la Vega"
Circuito de abordaje: Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Adolescentes
Escala: Hospitalaria



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

Desde sus inicios en el año 2008, el equipo interdisciplinario del PAIA se propuso brindar una práctica asistencial fundamentada en la integralidad del abordaje y, al mismo tiempo, desplegar una línea de trabajo extra-asistencial que hiciera eje en la promoción de la salud y en la articulación interinstitucional.

"Como los adolescentes no suelen consultar por sí mismos, pensamos en otras actividades que no tuvieran que ver exclusivamente con lo asistencial para lograr un espacio amigable", contó Ana María Wenk, médica clínica del PAIA.

¿CÓMO LO HACEN?

Una de las intervenciones extra-asistenciales que sostiene el PAIA desde el año 2008 es el dispositivo con escuelas medias: un espacio mensual desarrollado fundamentalmente desde la mirada de salud mental, puesto que es coordinado por una psiquiatra y un psicólogo, en el que participan los gabinetes de alrededor de veinticinco secundarios del partido de Moreno.

Con el objetivo de abordar situaciones conflictivas desplegadas en el ámbito escolar tales como violencia en la escuela e intrafamiliar, abuso sexual, consumos problemáticos de sustancias, en esta instancia se trabaja a partir de una dinámica participativa. “Las estrategias de intervención no están definidas previamente, sino que las vamos armando en conjunto. Las escuelas traen una situación y la interrogamos, la trabajamos en acto. Esto nos permite generar respuestas de mayor alcance y eficacia”, explicó uno de los coordinadores del dispositivo, Gustavo Beninovich. Y agregó: “Es una forma de involucrar a la escuela desde otro lugar, que no sean meros receptores de un supuesto saber especializado. Las posiciona distinto, efectúan sus intervenciones de otra manera y, además, se hace un seguimiento* en el tiempo en el mismo espacio”.

También desde el año 2008 se desarrolla el espacio de encuentro de padres: un espacio abierto quincenal coordinado por una psiquiatra y una psicóloga, donde participan alrededor de diez padres de adolescentes pacientes del PAIA o derivados de escuelas. Se trabajan problemáticas vinculares también desde una dinámica participativa: “Lo más interesante es que puedan escuchar las opiniones de otros papás. Y muchas veces, desde este espacio y sin que los chicos vengan, se resuelven cuestiones que para los padres eran un problema exclusivamente de los adolescentes”, resaltó una de las coordinadoras del dispositivo, Alejandra Di Primio.

Por otro lado, el PAIA ha organizado ciclos de cine y, durante cuatro años, sostuvo un taller semanal para adolescentes embarazadas. Además, formó parte de una mesa de adolescencia, una instancia de articulación que se sostuvo durante dos años y en la que participaron dispositivos como Aerosoles, el Programa Envión, los servicios locales, la Comisaría de la Mujer y Justicia. A partir de esta mesa se organizaron dos Jornadas de Adolescencia, donde se desarrollaron actividades coordinadas por los jóvenes con el objetivo de sensibilizar a los equipos de salud.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El PAIA articula con diversos actores según el caso: Centro Provincial de Atención de Adicciones (CPA) de Moreno, escuelas, servicio local, Espacio de Niñez y servicio de Violencia del Municipio.

¿QUÉ LOGRARON?

“Todo nuestro equipo está siempre dispuesto a escuchar. Se arma un espacio de contención, de escucha y apertura que hace que los pibes, los padres y las escuelas consulten”, afirmó Beninovich. En este sentido, la accesibilidad también es una fortaleza del espacio: en el PAIA se atiende por turnos y, también, hay demanda espontánea.

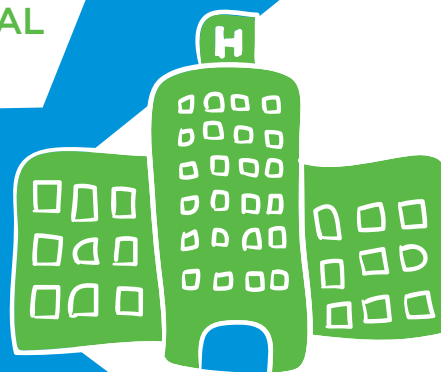
El trabajo en equipo y el respaldo de la Dirección del hospital son, asimismo, considerados como claves de la sostenibilidad de la experiencia en el tiempo.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Los principales obstáculos que encuentra el equipo están relacionados con la estructura hospitalaria y la escasez de recursos, que dificultan el registro: faltan herramientas informáticas, acceso a Internet y línea de teléfono, y personal administrativo para la gestión de turnos y manejo estadístico.

SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. RICARDO GUTIÉRREZ”

Localización: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Institución ejecutora: Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”
Circuito de abordaje: Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Niños/as y Adolescentes
Escala: Hospitalaria



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

A partir de la consolidación de un abordaje interdisciplinario, el servicio de Salud Mental del Hospital Gutiérrez interviene en casos de lesiones no intencionales, autoinfligidas e intentos de suicidio, violencia intrafamiliar y abuso sexual (entre otras problemáticas). Para ello, cuenta con diversas áreas y dispositivos. “Este hospital tiene mucha historia con Salud Mental, desde siempre. Los pediatras empezaron a trabajar con los psicólogos en el año ‘50; entonces, está muy instalada la interdisciplina”, contó Sandra Novas, psiquiatra infantojuvenil del servicio.

¿CÓMO LO HACEN?

El servicio cuenta con un equipo de psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, psicoterapeutas y psicomotricistas, y está organizado en las siguientes áreas:

Consultorios externos

Están divididos de 0 a 5 años, de 6 a 9, de 10 a 12. Además, hay un grupo de trabajo de Adolescencia (de 13 a 19 años), integrado por pediatras y profesionales del servicio de Salud Mental que realizan admisión conjunta y deciden qué tipo de seguimiento* se hace en cada caso. Los psicomotricistas y músicoterapeutas también trabajan, en general, en consultorios externos.

Guardia de Salud Mental

Administrativamente dependiente del Departamento de Emergencias, la guardia de Salud Mental cuenta con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, residentes y rotantes de otros hospitales. Atiende demanda interna (emergencia en pacientes internados por Salud Mental e interconsultas de urgencia) y externa (pacientes que ingresan por Guardia).

En la Guardia se evalúan los casos y, si se decide que continúe un tratamiento ambulatorio, se articula con los consultorios externos del servicio de Salud Mental para que continúe el tratamiento allí, o para que haga la derivación a un centro de salud cercano a su domicilio. En casos de adolescentes, la Guardia articula con el equipo de Adolescencia. Si el paciente tiene un equipo tratante, lo contacta. Si no se logra conseguir un turno desde la Guardia, los trabajadores sociales llaman al día siguiente, o se cita al paciente para una observación por Guardia los días posteriores al primer ingreso.

Interconsulta

Las salas de Internación Pediátrica tienen asignados profesionales del servicio de Salud Mental que atienden las interconsultas y están en contacto permanente con el equipo pediátrico. Se aborda al paciente y a su familia y, al momento del alta, se hace la derivación para que continúe tratamiento por consultorios externos.

Internación

Las internaciones por motivos de salud mental se hacen en cualquier sala de Pediatría. El equipo del área, conformado por psiquiatras y psicólogos, cuenta con una diversidad de dispositivos:

- Control pediátrico y psiquiátrico diario;
- Terapia individual diaria;

- Terapia familiar o vincular una o dos veces por semana (mínimo);
- Grupo terapéutico coordinado por un psicólogo;
- Asamblea semanal de pacientes, donde se trabajan cuestiones relacionadas específicamente con la dinámica de la internación;
- Living, para todos los pacientes adolescentes de cualquier especialidad del hospital, internados o no. Espacio de circulación, coordinado por psicopedagogos y pediatras, que funciona dos veces por semana hace cuatro años, con actividades de esparcimiento o lúdicas: "Es un lugar para estar", como definió Novas;
- Sala de Juego, para pacientes internados en Pediatría por cualquier motivo. A los pacientes que no se pueden movilizar, el equipo los visita en su sala de internación;
- Sala de Lectura, coordinada por psicopedagogos, en la sala de espera del servicio de Salud Mental;
- Hospital de día, de lunes a viernes por la mañana. Tratamientos grupales (tratamientos individuales por consultorios externos); participación de las familias (reunión semanal con el profesional que lleva el caso y reunión multifamiliar semanal); asamblea semanal; talleres de escritura, plástica, cine, eutonía, etc. para pacientes del hospital de día y también internados por salud mental;
- Escuela hospitalaria. Una vez por semana, los adolescentes que están internados en el hospital por un período mayor a un mes y por cualquier motivo se nuclean en el hospital de día para continuar la regularidad escolar.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El servicio de Salud Mental desarrolla articulaciones intrahospitalarias con el servicio Social, el área de Pediatría y las salas de Internación. También promueve articulaciones intersectoriales con escuelas, el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, la Defensoría, la Asesoría General Tutelar y Juzgados.

¿QUÉ LOGRARON?

El servicio de Salud Mental tiene una presencia histórica en el hospital, lo que permitió la consolidación de un abordaje interdisciplinario.

Asimismo, se destaca la diversidad de dispositivos con los que cuenta el servicio: "Por la gravedad de las situaciones psicológicas y sociales de los pacientes que atendemos, internados y ambulatorios, aunque los pudiéramos ver todos los días en terapia (y los internados eso lo tienen), no alcanza. Por eso hay un montón de dispositivos: actividades específicamente terapéuticas y las otras, que son terapéuticas por lo que ocasionan: por ejemplo, el Living y la resocialización", resaltó Novas.

Esta multiplicidad de dispositivos es considerada una fortaleza y, al mismo tiempo, una dificultad: frente al abismo que los adolescentes encuentran en el afuera una vez dados de alta, demandan volver a ser internados. Así lo explicó Novas: "Nosotros nos dábamos cuenta de que había un abismo entre la contención de la internación y el afuera y por eso, por ejemplo, se creó el Living. El Hospital de Niños funciona en el imaginario social como un lugar de alojamiento, una familia, una comunidad. Que no está mal, siempre y cuando después pueda seguirse afuera. Pero el pibe sale, empieza una terapia y después viene a la guardia pidiendo que lo internen. Al no haber tantos recursos afuera, no se quieren ir del hospital".

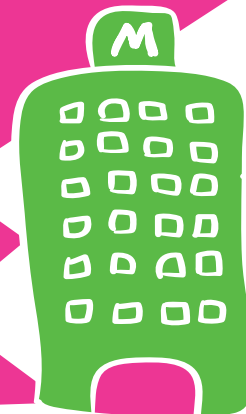
¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

La falta de camas para internación, tanto dentro del hospital como para derivar, es uno de los principales obstáculos. El sistema de registro no está sistematizado: no hay una historia clínica única, lo que representa una importante dificultad. Se menciona también la escasez de trabajadores sociales en el hospital.

EXPERIENCIAS QUE ABORDAN MORBIMORTALIDAD POR LESIONES NO INTENCIONALES

ÁREA DE TRÁNSITO DE LA MUNICIPALIDAD DE URDINARRAIN

Localización: Urdinarrain, Entre Ríos
Institución ejecutora: Área de Tránsito de la Municipalidad de Urdinarrain, Entre Ríos
Circuito de abordaje: Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Toda la población
Escala: Municipal



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

"Nacemos de una problemática social que le preocupaba a la comunidad, y que le pedía al poder político que interviniera. Hacia el año 2000, los ciclomotores eran furor y había mucha siniestralidad, muchas muertes y lesiones graves por falta de casco en una población chica. Hubo un reclamo social que se hizo sentir", contó el director del Área de Tránsito, Daniel Ayende.

Tránsito, entonces, desarrolló un proyecto integral con un enfoque preventivo y educativo, que consistió en la implementación de diversas intervenciones a partir de la articulación intersectorial, y que se sostiene en la actualidad.

¿CÓMO LO HACEN?

En primera instancia, se impulsó un proceso de actualización de la normativa local, para adherir a las leyes nacionales y provinciales. En paralelo, se implementó la obligatoriedad del uso del casco: fue un proceso de adecuación que incluyó campañas de concientización, operativos preventivos en conjunto con la Policía local y sanciones a infractores. Además, en el año 2008 se inició un programa de recambio de cascos y otro programa de control de alcoholemia, y desde 2012 se profundiza en la prevención* en el uso de cinturón de seguridad y sistemas de retención infantil. En este sentido, se realizan campañas preventivas a partir del desarrollo de actividades en el espacio público y la replicación de las campañas de la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) en medios locales. Por otro lado, hace seis años se implementa el Sistema Nacional de Licencias, que tiene como requisitos una charla de educación vial y exámenes físico, teórico y práctico para la obtención del carnet de conducir.

Estas medidas fueron acompañadas por mejoras en la infraestructura y la señalización vial. En esta línea, por ejemplo, se diseñó e implementó el circuito escolar seguro: se señaló la zona que concentra las instituciones educativas, se colocaron reductores de velocidad y se asignaron inspectores en los horarios de entrada y salida, logrando así la descentralización del tránsito en el área.

Otro de los ejes principales en el trabajo de Tránsito son las actividades de educación vial en escuelas de nivel inicial, primario y secundario, que se realizan de manera ininterrumpida desde el año 2002 y que consisten en charlas brindadas por el Área y por especialistas invitados (familiares de víctimas, automovilistas y médicos, entre otros) para abordar temáticas tales como el uso de los elementos de seguridad y el consumo de sustancias y la conducción. En estos talleres se utilizan diversas herramientas pedagógicas, entre las que se destaca la Lotería Vial: una actividad lúdica elaborada por Tránsito para acompañar las charlas brindadas en el nivel primario. Además, el Municipio cuenta con un predio temático de educación vial, inaugurado en el año 2011 a partir de la implementación local del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*, donde también se realizan charlas y actividades con las escuelas.

En simultáneo al despliegue de este proyecto integral, el Área de Tránsito desarrolla capacitaciones para sus agentes y participa en congresos y encuentros regionales de formación y actualización en la temática.

En relación con el registro y análisis de información, Tránsito elabora informes bimestrales y anuales sobre las actividades y los siniestros que se han producido en el municipio.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

Tránsito integra una mesa intersectorial junto a otras áreas del Municipio: Juventud y Deportes, Medio Ambiente, Niñez, Adolescencia y Familia y el hospital local. Allí se abordan de manera integral distintas temáticas; entre ellas, seguridad vial.

Al mismo tiempo, Tránsito articula con escuelas, Policía, Bomberos, y también con la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

¿QUÉ LOGRARON?

El Área de Tránsito destaca que la sostenibilidad de la experiencia en el tiempo es una de las principales fortalezas: “El primer factor es la continuidad: la sociedad sabe que las medidas que se implementan, se sostienen. Muchos de los conductores que hoy están sacando la licencia han pasado por todo un proceso de educación vial desde el preescolar hasta la secundaria”, explicó Fabián Papes, del Área de Tránsito. En esta línea, Ayende agregó: “Toda nueva medida necesita un proceso de adaptación. Algunas incluso generan rechazo porque hay que adecuarse, hasta que la población, finalmente, las toma como propias. Nosotros hemos aprendido en función del proceso, y encontramos que el respaldo político y la intersectorialidad nos han permitido corregir, mejorar y fortalecer nuestro trabajo”.

A pesar del crecimiento constante del parque automotor, a partir del cambio de la política de seguridad vial, Urdinarrain ha logrado mantener en el tiempo un promedio de 85 a 100 siniestros anuales sin lesionados. Los siniestros anuales con lesionados se redujeron progresivamente en un 50% (de 20 a 8-10 anuales), siendo las motos el vehículo con mayor participación siniestrológica. Sin embargo, y gracias al trabajo preventivo vinculado al uso de casco, las lesiones pasaron a ser del cuello hacia abajo; principalmente, raspones. En este sentido, el uso de casco en la zona micro y macrocentro pasó de 5% en el año 2000 al 99% en conductores y 90% en acompañantes en la actualidad. Y en relación a los controles de alcoholemia, se registra que el 90% de los conductores no ha consumido alcohol o tiene un valor dentro de lo permitido.

Por último, y respecto a la participación accidentalológica por franja etaria, el 8% corresponde a menores de 21 años; el 21%, entre 21 y 30 años; el 20%, entre 31 y 40 años; el 18%, entre 40 y 50 años; el 13%, entre 50 y 60 años; y 20% a los mayores de 60 años.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Tránsito señala que una de las principales dificultades es la sistematización del registro. También es problemático el seguimiento de los lesionados graves, que generalmente son derivados a Gualaguaychú. Por estos motivos, el año pasado se firmó un convenio con la ANSV para formar un Observatorio Vial provincial, que introduciría un formulario de registro único y herramientas de georreferenciación* y que apuntaría, además, a la triangulación* de información con Salud.

MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL DE POCITO

Localización: Pocito, San Juan
Institución ejecutora: Mesa de Trabajo Intersectorial de la Municipalidad de Pocito
Circuito de abordaje: Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Toda la población
Escala: Municipal



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

A partir de la adhesión al Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*, la Municipalidad de Pocito impulsó una serie de medidas que incluyó la apertura de la Sala de Situación* municipal y la conformación de una Mesa de Trabajo Intersectorial (MTI), coordinada por la Secretaría de Acción Social e integrada por las áreas municipales de Niñez, Adolescencia y Familia, Adicciones, Mujer, Obras, Educación, el hospital, el Concejo Deliberante, el Juez de Paz, las Policías Departamental y Comunal y Salud Pública.

Estas instancias, en primer lugar, observaron que uno de los principales problemas en la comunidad era la falta de vacunación. Por ello, se desarrolló una carpa de salud itinerante donde, además del vacunatorio, participaron múltiples áreas del Municipio con el objetivo de acercar diversos recursos a la población.

Esta experiencia fue consolidando el trabajo de la MTI que, en el año 2012, puso el foco en los accidentes de tránsito. Para abordar la problemática se priorizó un enfoque preventivo y educativo que consiste en el desarrollo de una serie de intervenciones en escuelas y en el espacio público. Este enfoque está destinado fundamentalmente a los niños/as y adolescentes y se sostiene en la actualidad.

¿CÓMO LO HACEN?

Una de las principales intervenciones que realiza la MTI son las charlas y talleres de sensibilización y educación vial en escuelas iniciales, primarias y secundarias. En estas actividades, que se realizan de manera sostenida desde el año 2013, participan la Policía y Tránsito y Transporte, y se invita a reconocidos pilotos sanjuaninos para que compartan sus conocimientos con los alumnos. Los temas principalmente abordados son el respeto a las señales de tránsito y el uso de casco y cinturón de seguridad.

Como complemento de las actividades teóricas, se desarrolló una pista de educación vial itinerante, con señalética, kartings y bicicletas, para que los alumnos recorran el circuito aplicando los contenidos trabajados. También se organizaron sorteos de cascos y chalecos refractarios en los últimos años de las escuelas secundarias, en los que los ganadores debían acreditar la licencia de conducir y los papeles de la moto al día.

En paralelo, la MTI organizó operativos preventivos de tránsito y alcoholemia en conjunto con la Policía, donde se repartió folletería de seguridad vial y se obsequiaron cascos y chalecos reflexivos.

Y como cierre de las actividades del año 2016, en diciembre realizaron un simulacro de siniestro vial en la puerta del hospital, una zona de concentración de accidentes. En la organización y el desarrollo de la actividad participaron diversas áreas e instituciones (Acción Social, Obras, Niñez, Adolescencia y Familia, el hospital, las Policías Provincial, Departamental y Comunal, Bomberos, Concejo Deliberante, escuelas, Salud Pública y Tránsito y Transporte provinciales), con el objetivo de visibilizar la problemática y poner en escena cómo trabajan los distintos actores que intervienen en este tipo de siniestros. Se invitó a toda la comunidad y, en especial, a los alumnos de los últimos años de las escuelas secundarias, que fueron ubicados en las primeras filas del evento.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La MTI es coordinada por la Secretaría de Acción Social y la integran las áreas municipales de Niñez, Adolescencia y Familia, Adicciones, Mujer, Obras, Educación, el hospital, el Concejo Deliberante, el Juez de Paz, las Policías Departamental y Comunal y Salud Pública. Esta instancia se reúne una vez al mes y articula con otros actores para proyectos específicos.

¿QUÉ LOGRARON?

En 2015, la Municipalidad obtuvo la Certificación de Excelencia en la implementación local del Programa Municipios y Comunidades Saludables*. En la actualidad, Pocito es un Municipio Responsable y, para alcanzar la acreditación de Saludable, se elaboró un plan de mejoras que proyecta, entre otras medidas, la construcción de una pista de educación vial.

La estrategia de articulación intersectorial es valorada como fundamental para el diseño y la implementación de las intervenciones: “La mesa es esencial. Cada uno tiene distintos conocimientos y recursos, y aporta desde su experiencia. Nosotros no podríamos haber hecho nada si no hubiéramos estado todos esos actores en la mesa”, afirmó el referente local del Programa Municipios y Comunidades Saludables*, Rubén Pi.

La continuidad en el tiempo de las actividades de educación vial en las escuelas es considerada como la clave para consolidar y avanzar en los contenidos trabajados con niños/as y adolescentes. Y se destaca el alto impacto que generó en la comunidad el simulacro de siniestro vial, entre cuyos logros se listan la articulación entre diversos actores, la elevada asistencia de público y la cobertura que recibió de medios de comunicación.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

En relación con las actividades de educación vial realizadas en las escuelas, encontraron mejor recepción entre los niños/as que entre los adolescentes. Respecto a esta última población, se alcanzó una mayor participación en las charlas de pilotos sanjuaninos y en el simulacro de siniestro vial.

ATENCIÓN DE ADOLESCENTES CON SECUELAS DE LESIONES DE TRÁNSITO EN EL HOSPITAL INTERZONAL “SAN JUAN BAUTISTA”

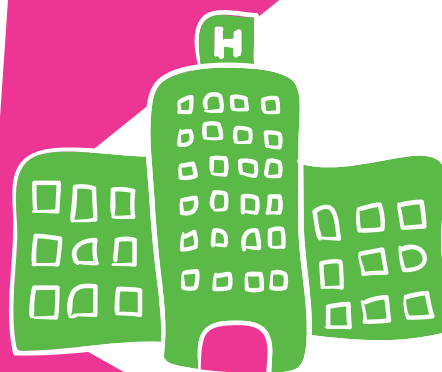
Localización: San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca

Institución ejecutora: Servicio de Adolescencia del Hospital Interzonal “San Juan Bautista”

Circuito de abordaje: Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Adolescentes

Escala: Hospitalaria



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El servicio de Adolescencia se propuso, desde el año 2012, trabajar con los pacientes internados por lesiones de tránsito. “El problema fundamental era el tiempo que esperaban hasta que les llegara la prótesis para la operación: ése era el tema de angustia”, explicó la psicóloga del servicio de Adolescencia, Laura Camillucci, y la psicopedagoga y jefa del mismo servicio, María del Carmen Villalba, agregó: “Los papás de los chicos de la Capital por ahí se iban a trabajar, pero ellos tenían las visitas de sus amigos. Los chicos del interior no tenían ni a los papás ni a los amigos, entonces pasaban mucho tiempo solos. Y estaban mal”.

En respuesta, el servicio desarrolló: una serie de intervenciones que apuntaron a generar un espacio de escucha, intercambio y reflexión para los adolescentes; una estrategia de acompañamiento y seguimiento* a partir del desarrollo de talleres a pie de cama y actividades con pacientes externados; y una articulación con escuelas y con servicios de Adolescencia y Salud Mental del interior.

¿CÓMO LO HACEN?

El servicio de Adolescencia no espera la interconsulta: recorre la sala de Internación del hospital para detectar pacientes y organiza talleres vivenciales, mateadas y actividades de escritura y dibujo, donde los adolescentes comparten reflexiones sobre lo ocurrido y sus sensaciones al volver a sus casas.

Así se fue gestando un espacio de acompañamiento y seguimiento* durante la internación y también después del alta, en la transición a sus actividades habituales. “Fueron ellos los protagonistas, los que estuvieron

internados y pudieron ayudar a otros”, continuó Villalba. De esta manera, el servicio fomentó los vínculos entre los adolescentes y, al mismo tiempo, articuló con los colegios para mantener la continuidad escolar y facilitar la reincorporación al aula. Además, desarrolló vínculos con las familias y articuló con los servicios de Adolescencia y Salud Mental del interior para seguimiento* y abordaje integral.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El servicio articula con las escuelas y los servicios de Salud Mental y Adolescencia del interior.

¿QUÉ LOGRARON?

El servicio destaca que la estrategia clave fue acercarse a los pacientes en lugar de esperar la interconsulta. De esta manera se generó un espacio de contención, confianza y circulación de la palabra: “Nosotros fuimos a ellos. Al principio todos están resistentes, pero con el tiempo la palabra surge. Y es aliviadora. Muchos cuentan del accidente, pero eso termina siendo lo que rebalsó. La mayoría son chicos que vienen con varias problemáticas: de familia, de consumos, de lo que sea. Poder ser ese motorcito que los impulsa a hablar fue, para mí, lo más importante”, contó Villalba.

A partir de esta intervención, el equipo siguió en contacto con algunos adolescentes que participaron en la experiencia. En esta línea, están trabajando en una propuesta de formación de jóvenes promotores de salud. Para ello están articulando con la Municipalidad para diseñar un proyecto de educación vial para la que los adolescentes sean referentes de la temática en sus barrios y desarrollen actividades de prevención*.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

El servicio encuentra dificultades en el seguimiento* de los pacientes una vez externados, sobre todo en los del interior. Y, a pesar de haber articulado con las escuelas, se observa que algunos adolescentes no retomaron la cursada después del alta de internación: “Estaba todo pactado para que volvieran a la escuela, pero ya no querían volver. Había pasado mucho tiempo, era difícil para ellos reintegrarse al grupo”, expresó Camillucci.

EXPERIENCIAS QUE ABORDAN MORBIMORTALIDAD POR LESIONES INTENCIONALES AUTOINFLIGIDAS

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTA SUICIDA

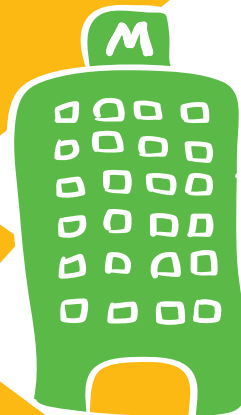
Localización: Tucumán

Institución ejecutora: Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Tucumán.

Circuito de abordaje: Información e Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Toda la población

Escala: Provincial



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida, creado en el año 2009, se propuso, por un lado, consolidar un sistema de vigilancia* epidemiológica para avanzar en la caracterización de la problemática en la provincia y, en función de la información relevada y analizada, diseñar capacitaciones, redistribuir recursos para la intervención y fortalecer redes intersectoriales.

Por otro lado, el Programa tiene como objetivo la unificación de criterios para la intervención y, en este sentido, diseñó una Guía Clínica para la Prevención y el Manejo de la Conducta Suicida, y realiza capacitaciones sobre su implementación a efectores de salud en primer nivel de atención y hospitales.

La priorización del abordaje comunitario es, asimismo, un eje de esta experiencia. Por esta razón, el Programa trabaja con los referentes de salud mental por área en primer nivel de atención y hospitales, y desarrolla y promueve la articulación intersectorial como estrategia de intervención: "En la medida en que vamos pudiendo hablar, desmitificar y trabajar desde la distintas instituciones, podemos ir apropiándonos de la problemática en la provincia, dando la atención adecuada y brindando nuevas herramientas a los profesionales", expresó la referente del Programa, Irma Thomas.

¿CÓMO LO HACEN?

El Programa se propuso consolidar un sistema de vigilancia* epidemiológica para avanzar en la caracterización de la problemática en la provincia. En este sentido, se elaboró una planilla de registro específico para ser completada por los profesionales en primer nivel de atención y hospitales ante la intervención en un caso. Los referentes de salud mental centralizan las fichas y notifican al Programa: de manera inmediata los suicidios consumados (desde el año 2016, para intervenciones de postvención* en la red inmediata); y a mes vencido las ideaciones e intentos (desde 2014, para seguimiento* de casos, armado de redes, capacitaciones e intervenciones de prevención*).

A partir de la implementación de la planilla se priorizaron los factores de riesgo considerados para la provincia (problemáticas familiares, por ejemplo), y se incorporó el método de cortes: "Si bien la bibliografía internacional no lo tenía entre los principales métodos, lo agregamos porque se ha dado en forma muy frecuente desde el 2014, ya no solamente en Tucumán sino también en el mundo", explicó Thomas.

De este modo, se fue consolidando un circuito de información, que integra distintas fuentes. El Programa, por un lado, releva las planillas de registro y monitorea historias clínicas y el sistema de seguimiento hospitalario provincial. En paralelo, articula con Educación: se implementa hace cinco años una planilla donde las escuelas registran casos de ideación, intento y suicidio consumado, y notifican al Programa. Esta articulación permite hacer seguimiento en conjunto entre Salud y Educación.

Con la información relevada, el Programa realiza, en primer lugar, evaluaciones y monitoreos de impacto mensuales para detectar zonas con más casos, armar redes y aunar criterios y, en segundo lugar, realiza un relevamiento sistematizado de datos semestral. Además, integra el Comité de Análisis de Mortalidad por Suicidio, junto con el Programa de Trastornos Mentales Severos y, según el caso, también los Programas de Prevención y Asistencia de la Violencia y Salud Mental Infante Juvenil. En el Comité se analizan las historias clínicas de las muertes y se definen las estrategias a implementar. Es allí donde Thomas observó un aspecto a mejorar: "Nos falta hacerlo interdepartamentalmente, con Maternidad e Infancia, y quizá tenemos que llegar a implementar la autopsia psicológica, que es lo que se propone para una mejor práctica".

En relación con el circuito de intervención, el Programa elaboró, en conjunto con expertos de la provincia y jefes de los servicios de Salud Mental, una Guía Clínica para la Prevención y el Manejo de la Conducta Suicida, que se revisa y actualiza periódicamente en mesas de expertos. Esta Guía Clínica plantea tres definiciones operativas (ideación, tentativa y suicidio consumado) y los lineamientos para su detección, prevención*, atención, seguimiento* y postvención*. Asimismo, incluye flujogramas de atención, que indican los circuitos de dispositivos e intervenciones.

El Programa priorizó, desde sus inicios, un abordaje comunitario: el seguimiento* se realiza de manera conjunta entre equipos locales y referentes de Salud Mental y otros actores como Educación y Desarrollo Social, según el caso. Para tal fin, se fomenta la conformación de mesas intersectoriales locales; el Programa también acompaña en la intervención brindando asistencia técnica, apoyo en el armado de redes y capacitaciones. "Es importantísimo que reconozcamos que los tratamientos de salud mental no son todo lo que podemos brindar. Muchas veces, las personas pueden decidir abandonar un tratamiento pero es indispensable que sigan incluida en la comunidad. Que puedan seguir asistiendo a la escuela y que nosotros estemos en contacto con los gabinetes es una ventaja enorme", afirmó Thomas.

El Programa también desarrolla intervenciones de prevención* de factores de riesgo y, en el año 2016, sumó una línea de trabajo para el fortalecimiento de factores protectores a partir del desarrollo de talleres participativos con adolescentes en articulación con escuelas: "Hay que trabajar en factores de riesgo pero también en los factores protectores, que es la gran innovación en la que nos estamos adentrando: actividades preventivas, educativas, recreativas, placenteras, en las que puedan ir encaminando un proyecto de vida. El intercambio con los adolescentes me ha llevado a replantear las propuestas que les hacemos desde el Programa, he salido enriquecida", agregó Thomas.

Las actividades de formación y capacitación son, desde el inicio de la experiencia, otro eje del trabajo:

- Capacitaciones permanentes a profesionales de salud mental, médicos generalistas y agentes sociosanitarios en CAPS, policlínicas y hospitales, para conocer la situación de los equipos de salud y armar estrategias conjuntas. Sensibilización en la problemática e instrumentación del protocolo;
- Realización de tres Jornadas Provinciales de Abordaje de Conducta Suicida y un Congreso de Salud Mental del Bicentenario "Prevención de Riesgos y Abordaje de Conducta Suicida", en el año 2016, para efectores de salud mental, médicos generalistas, Educación y Desarrollo Social;
- Capacitaciones al equipo técnico de Educación en detección e instrumentación del protocolo. Proyectan capacitar a supervisores y directores;
- Capacitaciones a demanda de Municipios, docentes de escuelas, Juzgados.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El Programa propone un abordaje comunitario y, en ese sentido, se destaca la articulación como estrategia para el diseño e implementación de intervenciones. Con este objetivo, se fortalecen articulaciones dentro del sistema de salud (CAPS, hospitales, Adolescencia, Programas de Violencia y Trastornos Mentales Severos): "La articulación entre los servicios es un trabajo artesanal: es ir, sentarse, escuchar, hablar, capacitar. Cuando tienen las emergencias se asustan mucho, y se preguntan qué está pasando. La muerte genera sus interrogantes a todos. Y desde Salud vamos dando respuestas y herramientas", sostuvo Thomas.

Al mismo tiempo, se despliegan articulaciones intersectoriales con Educación y Desarrollo Social: "Tenemos que ir logrando una respuesta entre todos. Es un trabajo en el que, desde lo comunitario, todos vamos haciendo distintos aportes, necesarios e importantes, desde un sentido de la colaboración", concluyó la referente del Programa.

¿QUÉ LOGRARON?

La implementación de un sistema de vigilancia* epidemiológica, permite conocer los factores de riesgo asociados, los métodos más empleados y los grupos etarios prevalentes en la provincia, posibilitando la identificación de las necesidades en cada área: realización de capacitaciones, redistribución de recursos para la intervención y fortalecimiento de redes intersectoriales.

Se destacan, asimismo, la unificación de criterios de actuación a partir del diseño de la Guía Clínica, la realización de capacitaciones permanentes, la priorización de un abordaje comunitario y la sostenibilidad de la experiencia en el tiempo.

Thomas resumió la labor de la siguiente manera: “Lo que nosotros estamos haciendo es todo un corrimiento. Nos vamos desplazando: al empezar a abordar la problemática con más compromiso, comenzamos a ver otras partes. Entonces podemos profundizar, podemos trabajar ya no a partir de un suicidio consumado, sino también desde una tentativa o una ideación”.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Al inicio de la vigilancia, encontraron resistencias de los profesionales para completar la planilla de registro.

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO

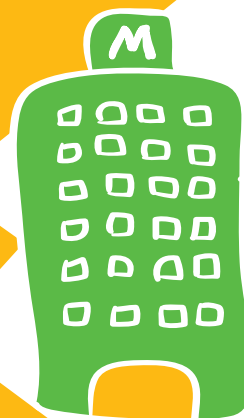
Localización: San Juan

Institución ejecutora: Programa Provincial de Prevención de Suicidio (Divisiones Salud Mental, Servicio Social, Psicología, Sección Adolescencia, Departamento de Materno Infancia) del Ministerio de Salud Pública provincial

Circuito de abordaje: Información e Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Toda la población

Escala: Provincial



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El recorrido del Programa Provincial de Prevención de Suicidio comenzó en el año 2006, a partir de la priorización del suicidio como problema de salud pública en la provincia de San Juan. Al año siguiente, desde el área de Salud Mental se conformó un grupo de trabajo integrado por psicólogos para comenzar a abordar la problemática en su especificidad: “A medida que fuimos avanzando en nuestras propias capacitaciones, en conocer el tema en profundidad, nos dimos cuenta de que era mucho más complejo, que era multidimensional y que debíamos incluir otras especialidades y áreas: abrimos el juego a un equipo interdisciplinario. Empezamos a reunirnos con psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, y se fue dando la necesidad cada vez más obvia y evidente de tener un plan de acción”, contó María Eugenia Moreno, del Programa de Prevención de Suicidio.

Este equipo desarrolló una propuesta de trabajo integral para abordar la problemática en el ámbito de la salud pública. Esta propuesta incluyó intervenciones de prevención* y capacitación para conformar una red sanitaria que posibilitara una comunicación fluida entre los efectores de salud y los niveles de atención y, al mismo tiempo, fortalecer articulaciones con otros sectores de la comunidad para optimizar los recursos disponibles e intervenir de manera más oportuna y efectiva.

En el año 2009, este equipo se consolidó como Comisión interdisciplinaria de Salud y se organizó en cuatro áreas: Registro, Asistencia, Capacitación y Comunicación. En base a estos antecedentes de trabajo, en el año 2011 la experiencia se formalizó como Programa Provincial de Prevención de Suicidio del Ministerio de Salud Pública de San Juan: “Ratificamos que no queríamos una dirección del programa, sino que somos horizontales porque somos una sumatoria de voluntades, conocimientos y disciplinas”, explicó Moreno.

¿CÓMO LO HACEN?

Área de Registro

En una primera instancia, se implementó una serie de capacitaciones en guardias hospitalarias y a los equipos periféricos para concientizar en la problemática: “En un principio no teníamos datos porque no había registro, por lo tanto el problema no llegaba a la estadística, no se visualizaba. Entonces, empezamos a hacer charlas de sensibilización para que hubiera un registro y poder, así, tener un tamaño de problema y armar una estrategia acorde para dar respuesta”, agregó Moreno.

De esta manera, se fue construyendo un circuito de información para la detección de casos: en un comienzo, la comisión recorría las guardias semanalmente; luego se implementó un protocolo de registro (ajustado al de Nación) ante la necesidad de contar con datos más específicos. Dicho protocolo resultaba demasiado extenso y no se completaba adecuadamente, por eso, desde el año 2015 se implementa un cuaderno de registro del Programa instalado en las guardias de hospitales y microhospitales de la provincia, donde se consignan los siguientes datos: nombre y apellido, documento, domicilio, un contacto de un familiar (cuando son niños/as o adolescentes), antecedentes de intentos y características del evento. El Programa cuenta con una red de referentes de salud mental en los hospitales y por zona sanitaria, que reporta semanalmente lo registrado en los cuadernos.

El Programa además dispone de otras fuentes de detección. Algunas comisarías reportan casos, y se proyecta generalizar este mecanismo a todas las comisarías de la provincia. Lo mismo sucede con los gabinetes escolares: algunos notifican y se planifica extender el procedimiento a todas las escuelas. Y aunque se realiza un monitoreo diario de medios de comunicación, estos ya no son una fuente tan relevante a partir del trabajo del Programa en sensibilización y capacitación sobre el tratamiento de la problemática en los medios.

Además, se relevan las historias clínicas de los casos detectados para completar información, se realizan consultas al Registro Civil y Criminalística y se accede a las actas de defunción (un mes después de ocurrida la muerte) a través de Bioestadística.

El Programa hace un registro semanal de la información relevada en dos planillas (intentos de suicidio y suicidios consumados), en base a las cuales se elaboran estadísticas e informes anuales. La Sala de Situación* colabora en la sistematización de los datos, y se priorizan ejes de análisis tales como grupos etarios, departamentos con mayor cantidad de reportes, métodos más frecuentes, cantidad de intentos por paciente, género, entre otros.

Área de Asistencia

Ante la detección de un caso, al comienzo de la experiencia el Programa se trasladaba para organizar encuentros de trabajo entre el hospital del área, referentes barriales y medios de comunicación. De esta manera, y en paralelo a la implementación de capacitaciones, se fortalecieron los equipos locales para sean ellos los que realicen las intervenciones de prevención*, atención, seguimiento* y postvención* a la red inmediata, con el acompañamiento del Programa.

En la actualidad, ante el reporte de un caso, el Programa se contacta con el referente de salud mental de la zona para realizar las derivaciones a los profesionales del centro de salud más cercano al domicilio del paciente. El psicólogo del centro de salud, junto con el trabajador social o el promotor, hacen una búsqueda activa para evaluar el caso y aportar a la adhesión al tratamiento. También se articula con los gabinetes escolares.

Área de Capacitación

Desde el inicio de la experiencia, se implementan capacitaciones de manera permanente a los equipos de salud de toda la provincia en sensibilización, detección, registro y abordaje de la problemática.

También se realizan actividades de formación y proyectos de intervención comunitaria en los últimos años de las facultades de Comunicación, Servicio Social, Medicina y Psicología; y se capacita a los gabinetes escolares de instituciones primarias y secundarias en promoción de la salud y prevención* de suicidio, herramientas y estrategias de abordaje.

Área de Comunicación

Con el objetivo de difundir la temática, sensibilizar y concientizar a la comunidad, el Programa articula con medios de comunicación para realizar campañas de prevención*. En este marco de trabajo, se realizaron capacitaciones y se firmaron convenios para consensuar buenas prácticas en el tratamiento de la información en los medios de comunicación.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El Programa es una instancia interdisciplinaria conformada por las Divisiones Salud Mental, Servicio Social y Psicología, la Sección Adolescencia y el Departamento de Materno Infancia del Ministerio de Salud Pública provincial, y que articula con los equipos locales de primer nivel de atención y hospitales, Unidades Móviles de Adicciones, escuelas, residencias de Desarrollo Social, comisarías, referentes barriales y medios de comunicación: “Tenemos una mirada social comunitaria, de trabajo en red entre los actores y las instituciones, que nos ha ayudado a que las intervenciones sean más efectivas, porque son más integrales”, afirmó Moreno.

¿QUÉ LOGRARON?

La sistematización de un circuito de información, que incluye distintas fuentes de detección, el fortalecimiento de los equipos locales y las articulaciones intersectoriales para la intervención le permitieron al Programa profundizar la caracterización de la problemática en la provincia y, al mismo tiempo, optimizar el sistema de alerta* y respuesta.

Según Moreno, “el registro es el principal pilar del Programa, porque a partir de ahí vamos actualizando, conociendo la estadística y pudiendo avanzar en las estrategias de acción”.

Asimismo, la precisión en el diseño del Programa, organizado en cuatro áreas de trabajo, y el compromiso de los actores involucrados en la temática son fortalezas destacadas para la sostenibilidad de la experiencia en el tiempo.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

A lo largo de la implementación del Programa, se han encontrado resistencias por parte de los equipos de salud para abordar la problemática. Por esta razón, las acciones permanentes de sensibilización y capacitación son fundamentales. La devolución de información a los equipos es, también, considerada una estrategia de relevancia en este sentido: “Creemos que la devolución es lo que a ellos los motiva para seguir: ellos saben qué pasa con ese dato”, concluyó Moreno.

La escasez de recursos es, por otro lado, una de las principales dificultades con las que se encuentra el Programa para avanzar en sus líneas de trabajo.

OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL

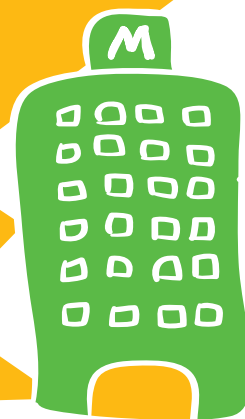
Localización: Salta

Institución ejecutora: Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Salta

Círculo de abordaje: Información e Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Población en general

Escala: Provincial



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Observatorio de Salud Mental se propuso como objetivo, en 2015, avanzar en la caracterización local de la problemática de suicidio, a través de la recolección de información, el análisis y la producción estadística para el diseño y la implementación de intervenciones eficaces.

“La provincia tiene muchísimas fuentes de información, pero están por todos lados: todavía estamos haciendo parcelas de información. Entonces, hemos estado en un primer momento de depuración”, contó el director de Capacitación y coordinador del Observatorio de la Secretaría de Salud Mental, Roberto Dinarte.

La conformación de una mesa intersectorial a nivel central (que se replica a escala local), la triangulación* de información de distintas fuentes y el desarrollo de una red de referentes de salud mental son las estrategias clave del trabajo del Observatorio. Su implementación mejoró la calidad de los datos y, al mismo tiempo, optimizó el sistema de respuesta.

¿CÓMO LO HACEN?

La mesa intersectorial está integrada por Salud Mental y el Sistema de Emergencias 911 (Policía, Bomberos, Emergencias Médicas y Urgencias Psicológicas), y se proyecta incorporar al Poder Judicial y a Educación. Esta instancia, que al inicio se encontraba mensualmente, en la actualidad se reúne cada tres meses y se organiza alrededor de cuatro ejes de trabajo: Protocolos (unificación de criterios de atención); Gestión (referencia y contrarreferencia para garantizar la atención a nivel local); e Información (análisis e investigaciones).

La articulación intersectorial permite, en primer lugar, la triangulación* de información: cuando el Sistema de Emergencias 911 activa cualquier dispositivo por un suicidio consumado o un intento de suicidio, notifica al Observatorio de manera inmediata los primeros y a mes vencido, los segundos. Este primer registro se coteja con la Policía y, luego, se corrobora con la base de datos de suicidio de Estadísticas de Salud provincial, que accede a los certificados de defunción. Allí se recuperan datos como causa de muerte, mecanismo y tipo de lesión.

Con la información relevada, el Observatorio produce estadísticas, georreferencia* los eventos y elabora informes anuales, cuyos hallazgos son trasladados a las mesas intersectoriales y se utilizan para la planificación de intervenciones y política pública. También se espera una notable mejora en el acceso a la información a partir de la unificación del sistema de información que se está implementando en todos los niveles de atención.

En relación con el circuito de intervención, ante una notificación del Sistema de Emergencias 911, el Observatorio activa el Grupo Interdisciplinario de Atención a la Familia (GIAF), de la Secretaría de Salud Mental. Integrado por cuatro psicólogas, el GIAF hace una primera intervención de hasta cinco consultas de acompañamiento y consejería con el objetivo de contener y garantizar que el paciente y/o la familia (en casos de suicidio consumado) continúen un proceso terapéutico en algún dispositivo cercano a su domicilio. Este grupo, al mismo tiempo, articula con los actores que considera necesario (principalmente dispositivos de salud pero también gabinetes escolares) y funciona como enlace entre los servicios y el paciente.

Asimismo, se fomentó la replicación a escala local de la mesa intersectorial central: se fueron conformando instancias de articulación en cada región integradas por el hospital, las escuelas y la Policía (entre otros actores, según las realidades locales) para realizar seguimiento* y abordaje integral.

Además, se desarrolló una red de referentes de salud mental dentro de los servicios, que alcanza el 90% de cobertura en la provincia. Estos referentes son designados por las mesas intersectoriales (no necesariamente son profesionales de salud mental, en algunos lugares se designaron agentes sanitarios) y se posicionan como recurso clave por que disponen de conocimiento local, facilitan la comunicación, entre los servicios y las familias y optimizan el sistema de referencia y contrarreferencia.

También se capacitó a la Policía en primeros auxilios básicos en salud mental en casos de emergencia.

Finalmente, se implementa un proyecto de formación de promotores comunitarios en salud mental intercultural: una capacitación de tres meses, donde en primer lugar se aborda el marco normativo de atención en salud mental; luego se trabaja en herramientas de detección de factores de riesgo y factores protectores, con las que se elabora un diagnóstico local; y por último se diseña un proyecto de intervención (prevención* /promoción*). Durante el 2016 participaron 150 personas, que en la actualidad están implementando sus proyectos locales. Dinarte explicó: "El trabajo consiste fundamentalmente en brindar herramientas, porque la apuesta es a que ese grupo se convierta en un replicador, que pueda salir a formar. Y hemos tenido buenos resultados, sobre todo en los equipos de agentes sanitarios, que usan mucho esos recursos".

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La mesa intersectorial a nivel central está integrada por Salud Mental y el Sistema de Emergencias 911 (Policía, Bomberos, Emergencias Médicas y Urgencias Psicológicas), y se proyecta incorporar a Educación y al Poder Judicial. La estrategia se replica a escala local, donde articulan el hospital, la Policía y las escuelas del área.

¿QUÉ LOGRARON?

La triangulación* de información de diversas fuentes mejoró la calidad de los datos, a partir de los cuales el Observatorio produce estadísticas, georreferencia* los eventos y elabora informes anuales, cuyos hallazgos son trasladados a las mesas intersectoriales y se utilizan como insumo para el diseño de intervenciones y política pública.

La atención de la emergencia es evaluada por el Observatorio como una fortaleza. Se destacan como estrategias claves la formación de las mesas intersectoriales, que unifican criterios y trabajan coordinadamente, y la

designación de referentes de salud mental dentro de los servicios, que apunta a la optimización del sistema de respuesta local y mejora en la referencia y contrarreferencia. Así lo afirmó Dinarte: “Pensamos que cualquier profesional de la salud, desde la mesa de entrada hasta el cirujano más prominente, puede ser referente de salud mental. Que ante una crisis de salud mental, pueda dar un primer nivel de contención como para que ese paciente se dirija de la manera más eficiente al servicio que necesite. Eso ya está instalado: estamos cerca del 90% de cobertura en la provincia. Y es un logro directo tanto de las mesas como de los promotores”.

El desafío planteado es sostener la experiencia en el tiempo: construir un Observatorio que pueda vincular toda la información estadística y presentarla al usuario no especializado, y que elabore informes periódicamente para poder comparar por períodos.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

La multiplicidad de fuentes de información (“parcelas de información”) dificulta su centralización y sistematización; y los problemas de conectividad en el interior de la provincia son un obstáculo para el envío de información.

También hallan resistencias en los profesionales de salud mental para registrar las actividades de prevención* y promoción*.

Observan una falta de recursos para avanzar en los análisis y hacer una devolución personalizada de la información a los hospitales y áreas operativas.

DISPOSITIVO INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN* DE SUICIDIOS

Localización: Esquel, Chubut

Institución ejecutora: Dispositivo intersectorial conformado por Salud (Centro Especializado en Salud Integral del Adolescente - CESIA, Salud Mental, Centro de Adicciones), Educación (Equipo de Orientación y Apoyo a las Trayectorias Escolares - EOATE) y Justicia (Fiscalía y Defensoría)

Circuito de abordaje: Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Adolescentes

Escala: Municipal



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Equipo de Orientación y Apoyo a las Trayectorias Escolares (EOATE) comenzó a trabajar, en el año 2011, en una escuela de Gobernador Costa, una localidad de alrededor de tres mil habitantes ubicada a 200 kilómetros de Esquel, donde se habían suicidado cerca de diez adolescentes en un lapso de dos años. Adriana López Gómez, del EOATE, contó que la escuela solicitó su intervención, entonces comenzó a ir cada quince días: “Trabajamos con todos, personal docente y no docente. Armamos un protocolo de acción, vimos caso por caso e hice seguimiento telefónico entre las visitas. La escuela empezó a detectar problemas: pasaron de tener pánico a poder hablar del tema y a trabajar con los chicos en duelo, y logramos que hubiera un psicólogo en Costa. Se pudo trabajar algunos casos de riesgo subjetivo, y no hubo nunca más un suicidio”.

Con esta experiencia de intervenciones de postvención* y prevención** en Gobernador Costa se comenzó a abordar la problemática en Esquel. En el año 2012 comenzó a detectarse allí una serie de suicidios de adolescentes que alcanzó su pico en el 2014, con cuatro casos. En ese momento se conformó el dispositivo intersectorial de prevención* de suicidio en Esquel, integrado por el EOATE, el Centro Especializado en Salud Integral del Adolescente (CESIA), Salud Mental, Centro de Adicciones, Fiscalía y Defensoría: actores que ya venían trabajando en la problemática y que, a partir del año 2014, se consolidaron como dispositivo.

¿CÓMO LO HACEN?

Una de las principales estrategias de la experiencia es la implementación de capacitaciones, desde el año 2013, a docentes y no docentes de todas las escuelas de la región, sedes vecinales, clubes, policía comunitaria, agentes en terreno y Sistema de Protección de Derechos, entre otras instituciones. En estos espacios se abordan tanto

estrategias de detección, notificación e intervención en red, como las resistencias de los equipos a trabajar en la problemática.

Estas intervenciones de formación, sumadas al fortalecimiento de la articulación con el hospital local (principalmente, con los servicios de Guardia, Salud Mental y Trabajo Social), la realización de reuniones quincenales del dispositivo y la comunicación permanente a través de un grupo de WhatsApp, permitieron una optimización del sistema de alerta* y respuesta.

A través de los distintos actores que fueron capacitados en este sentido, el dispositivo detecta los casos de ideación, intento o suicidio consumado, y coordina acciones para un abordaje integral tanto del adolescente como de su red inmediata (familiares y pares). También realiza el seguimiento* del caso e intervenciones de postvención*.

El dispositivo, además, desarrolla una línea de trabajo de prevención* inespecífica. Con el objetivo de generar espacios de participación adolescente y, al mismo tiempo, priorizar el enfoque de proyecto de vida se realizan, por un lado, talleres en las escuelas, actividades culturales y recreativas (que van cambiando según los intereses de los adolescentes); y, por otra parte, se articula con radios escolares y con el dispositivo local de Núcleo de Acceso al Conocimiento (NAC). Además, durante el pasado año se implementó un consultorio médico en una escuela como prueba piloto, donde se trabaja en prevención*, detección y derivación, y se proyecta replicarlo en otras escuelas.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El dispositivo intersectorial de prevención* de suicidios de Esquel es una instancia integrada por Salud, Educación y Justicia. Además, se articula con otros actores clave como el hospital local, profesores de orientación y tutoría y gabinetes escolares, el Servicio de Protección de Derechos del Municipio, agentes sanitarios/en terreno, Policía Comunitaria, clubes y sedes vecinales.

¿QUÉ LOGRARON?

De acuerdo a los registros del CESIA, los casos de suicidio adolescente en Esquel descendieron de 4 anuales, entre los años 2013 y 2015, a 2 en 2016.

Se destacan como principales fortalezas el trabajo en red para la detección e implementación de intervenciones, la flexibilidad del dispositivo para proponer alternativas de abordaje y las capacitaciones a diversos actores, lo que posibilitó una mejora en el sistema de alerta* y respuesta: "Las capacitaciones hacen que el trabajo de esta mesa intersectorial se vaya sosteniendo. Nos quedan pendientes las salidas al interior, al área programática. Pensamos un proyecto para no ir a dar sólo una capacitación, sino ver cuáles son las problemáticas emergentes en los adolescentes y apoyar a los profesionales, que están muy solos", explicó Mirta Moreschi, coordinadora del CESIA.

Silvina Mateos, psicóloga del CESIA, agregó: "Creo que, desde distintas intervenciones con adolescentes, padres y docentes, se logró poner un corte a lo que en un momento fue una cadena de identificaciones, donde el suicidio era percibido como la salvación".

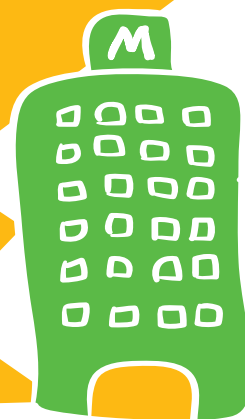
¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Se propuso un espacio de trabajo grupal para adolescentes y otro para padres, pero no lograron tener convocatoria. Recibieron consultas, pero se abordaron de manera individual.

Encuentran resistencias en los medios de comunicación para consensuar estrategias de tratamiento de la información.

ABORDAJE LOCAL DE LA PROBLEMÁTICA DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Localización: Fiambalá, Catamarca
Institución ejecutora: Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Fiambalá
Circuito de abordaje: Intervención
Destinatarios/beneficiarios: Adolescentes
Escala: Municipal



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

La Secretaría de Desarrollo Social tomó la decisión, en el año 2015, de conformar un equipo que trabajara específicamente sobre suicidio adolescente, una problemática que se venía agravando en la comunidad desde el año 2012. La propuesta fue armar una red con todos los actores (municipales, provinciales y ONG) que ya venían abordando la temática, pero de manera desarticulada.

A partir de esta iniciativa, se implementó una serie de estrategias para construir un circuito de alerta* para la detección y el registro de casos y, al mismo tiempo, realizar seguimiento* y abordaje integral a través de la articulación intersectorial. Después de dos años de trabajo sostenido se logró visibilizar la problemática y los equipos, la cantidad de casos se redujo drásticamente y, en la actualidad, se prioriza una estrategia de prevención*.

¿CÓMO LO HACEN?

El equipo conformó un circuito de alerta* que se nutre de diversas fuentes de información para la detección de intentos de suicidio y suicidios consumados.

En primer lugar, se fortaleció la articulación con la Guardia del hospital local para que notifique al equipo de manera inmediata. Como refuerzo, se hacen consultas semanales a los jefes de servicio, sobre todo a los de Enfermería. Y en el año 2014 se realizaron capacitaciones en el hospital en la implementación de los *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes* (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y otros, 2011).

Las escuelas también notifican al equipo cuando detectan alumnos con signos de mayor vulnerabilidad. Para ello, docentes y directivos fueron capacitados desde el Ministerio de Salud provincial en detección, prevención* factores de riesgo y protectores. Además, se aplicó el test ISO 30 en escuelas medias, y se proyecta realizar talleres de prevención* que abordarán contenidos tales como autoestima, desesperanza y afrontamiento de problemas.

El equipo, además, recepciona demanda espontánea de adolescentes y familiares; y releva medios de comunicación para la detección de casos.

Para garantizar un abordaje integral, el equipo de Desarrollo Social se vincula con la familia y articula con la escuela y con Salud. El hospital cuenta con un psicólogo desde 2015; si se necesita la intervención de un psiquiatra, el paciente es derivado a San Fernando del Valle de Catamarca. En estos últimos, Desarrollo Social hace seguimiento.

El trabajo en red entre Desarrollo Social, Salud, Educación, Cultura y Deportes y referentes barriales permitió la visualización de la problemática y de los equipos. En este mismo sentido, se desarrollan actividades culturales, recreativas y deportivas en los barrios, para identificar adolescentes en situación de vulnerabilidad, vincularse con las familias y proponer intervenciones. Además, cada 10 de septiembre desde hace dos años y en el marco del Día Mundial de la Prevención* del Suicidio, se organiza una marcha de los jóvenes de Fiambalá desde cada escuela hacia la entrada del pueblo.

En la actualidad, y tras registrar un descenso drástico en la cantidad de casos, el equipo ha priorizado un enfoque preventivo a través de la formación animadores comunitarios. El proyecto consiste en el desarrollo de encuentros y capacitaciones quincenales, donde se trabaja en la identificación de temáticas de interés y en el diseño de actividades culturales y recreativas. Está destinado a adolescentes de 15 a 20 años, y tiene por objetivo que dichos adolescentes se inserten en sus comunidades y se constituyan como referentes sociales. La experiencia se está realizando simultáneamente en Palo Blanco, una localidad cercana.

Además, el equipo fue capacitado en la problemática por la ONG Manos Unidas por la Paz a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En relación con el registro, la Asociación de Asistencia a los Familiares del Suicida (AFASU) está articulando con el servicio de Estadísticas del Hospital Interzonal "San Juan Bautista", de San Fernando del Valle de Catamarca, para mejorar el relevamiento y la calidad de la información.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El equipo de Desarrollo Social articula con Salud, Educación, Cultura y Deportes, referentes barriales, asociaciones vecinales, clubes, comedores y merenderos.

¿QUÉ LOGRARON?

Se registra un descenso en los casos de de suicidios adolescentes (año 2014: 9 casos; 2015: 4 casos; 2016: 1 caso).

Para el equipo, las fortalezas de la experiencia se encuentran en la visibilización de la problemática y el trabajo en red. Así lo explicó la secretaria de Desarrollo Social, Mariela Leiva: "No se lo veía como un problema, no se hablaba en la comunidad: se decía 'uno más' y pasaba y seguía pasando. Lo primero es visualizar el problema. Ahora los chicos pueden hablar y eso es lo principal: que tengan un espacio para hablar y que se sientan escuchados. Esto es multicausal: ante un intento nos preguntamos a raíz de qué, y salen a la luz un montón de otras cosas de las que tampoco se hablaba. Violencia familiar, abuso, adicciones, alcoholismo una variedad de problemáticas en las que tenemos que trabajar".

Luciana Barboza, acompañante terapéutica y operadora sociocomunitaria, agregó: "Se visibilizó la problemática y, al mismo tiempo, nosotros nos hacemos más visibles y accesibles. Hay un gran compromiso desde esta gestión, pero también desde los actores sociales. Hemos logrado trabajar en red con la escuela y los referentes barriales, estamos comunicados, y eso es un avance".

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

El equipo evalúa que la principal dificultad está en el registro: "Hay colegas a los que les cuesta anotar, escribir. Cada médico es dueño de su guardia: algunos lo aplican y otros no. Pero nosotros tratamos de darnos a conocer, que sepan que estamos acá", sostuvo Leiva. Por su parte, Barboza acordó: "El gran problema que tenemos es que no queda registro de un intento de suicidio. Quedan las cuestiones médicas técnicas, como por ejemplo un coma alcohólico. Podemos acceder a esa información si está en la voluntad del médico o de la enfermera avisarnos que ingresó un intento de suicidio".

RED "AQUÍ Y AHORA A TU LADO"

Localización: Santa María, Catamarca

Institución ejecutora: Red para la Promoción de la Vida "Aquí y ahora a tu lado"

Circuito de abordaje: Información e Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Adolescentes y Jóvenes

Escala: Municipal



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

La Red "Aquí y Ahora a tu Lado" surgió en el año 2010 por iniciativa de instituciones y vecinos autoconvocados, preocupados por la elevada cantidad de suicidios de adolescentes y jóvenes de la comunidad: si bien en ese momento no había un circuito de información sistematizado, a partir de relevamientos informales se habían detectado alrededor de 10 suicidios consumados en el año y 5 intentos por semana.

Ante esta situación, esta instancia de articulación intersectorial puso en marcha una serie de intervenciones comunitarias con el objetivo de, por un lado, consolidar un sistema de alerta* que permitiera la pronta detección, la prevención* y el abordaje integral; y, por el otro, diseñar un circuito de registro y producción estadística para avanzar en la caracterización de la problemática.

¿CÓMO LO HACEN?

El trabajo de la Red se organiza en cuatro líneas: formación, intervención en la urgencia y postvención*, prevención* y promoción* de la salud, y registro.

Una de las primeras estrategias que se implementó al comienzo de la experiencia y que se sostiene en el tiempo es la conformación de diversas instancias formativas para docentes, agentes de salud, Policía, Justicia y la comunidad en general, donde se trabaja en herramientas para la escucha activa y primeros auxilios psicológicos, detección, notificación y abordaje en red. En este sentido, desde este año se está desarrollando un proyecto de formación de orientadores comunitarios, dirigido a psicólogos, trabajadores sociales y referentes sociales/barriales.

De esta manera, todos los actores nucleados en la Red se constituyen como fuentes de información para la detección y notificación de casos e identificación de personas en situación de vulnerabilidad: el hospital, las escuelas, la Policía, el Juzgado, los referentes barriales, los medios de comunicación. Para tal fin, se diseñó un sistema de comunicación de alerta* comunitaria: una escala de colores (amarillo/naranja/rojo) para divulgar los abordajes específicos para cada situación y sumar actores a la intervención. El enfoque, entonces, está puesto en el seguimiento* y abordaje integral.

Asimismo, la Red creó en el año 2011 un espacio gratuito y abierto de consulta y orientación, gestionado por dos psicólogas: un centro de escucha y acompañamiento para adolescentes, familias, docentes y la comunidad en general, donde se abordan principalmente intentos de suicidios y problemáticas de violencia y consumos de sustancias. Además, como el hospital no tiene guardia de salud mental, la Red dispone de un teléfono abierto las 24 horas. Por todo esto, constituye un espacio importante para la detección. Allí también se realizan intervenciones de postvención* con las familias; con amigos y compañeros, dichas intervenciones se realizan en la escuela.

La estrategia de prevención* y promoción* de la salud fue, al mismo tiempo, priorizada en el trabajo de la Red. Desde el año 2011 se organizan actividades participativas en las escuelas secundarias, con la propuesta de incorporar el enfoque de habilidades para la vida* de forma transversal en la currícula. A través de estos talleres se identificaron las temáticas de interés de los adolescentes: relación con los padres y primeras relaciones sexuales en los primeros años; proyectos de vida en los últimos. En función de ese diagnóstico, se planificaron nuevas actividades. Además, se aplicó el test ISO 30 en las secundarias, y se realizan talleres para padres.

En paralelo, la Red desarrolla desde 2013 un proyecto de jóvenes líderes promotores de salud, para la transferencia de aprendizajes y conocimientos entre pares. Se realizan campamentos y capacitaciones para adolescentes de cuarto a sexto año con el objetivo de que sean ellos quienes diseñen y desarrollen actividades en sus escuelas. En simultáneo, se capacita a docentes en el fortalecimiento de las aptitudes de los jóvenes. En el año 2016, la mesa de líderes tomó la iniciativa de replicar el trabajo en las zonas serranas aledañas y en escuelas primarias.

También se organizan campañas de sensibilización en el espacio público (actividades sociocomunitarias) y en medios de comunicación, donde se abordan diversas problemáticas, como suicidio, consumo de sustancias, y violencias de género, familiar y escolar.

En relación con el registro, desde el año 2010 la Red realiza un relevamiento propio de suicidios consumados e intentos. Para ello, se elaboró una ficha específica cuyos datos (fecha, sexo, edad, barrio, método, instituciones intervinientes, observaciones) se relevan a partir de la triangulación* de información de distintas fuentes (hospital, Policía, Bomberos, Juzgado, escuelas).

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La Red nuclea, en la actualidad, a más de 60 instituciones locales, entre las que se encuentran escuelas públicas y privadas, el hospital y centros de salud, la Municipalidad, el Concejo Deliberante, la Policía, comisiones barriales, capillas, la Defensoría y la Fiscalía, medios de comunicación y comercios. A su vez, articula con organismos provinciales, regionales, nacionales e internacionales.

¿QUÉ LOGRARON?

De acuerdo a la información relevada por la Red, en 2011 se registraron 2 suicidios consumados y 10 intentos de adolescentes y jóvenes; en 2012, 0 consumados y 12 intentos; y en 2013, 1 y 21, respectivamente.

Para la presidenta de la Red, Soledad del Río, el registro es un "termómetro comunitario, porque nos permitió conocer los factores de riesgo asociados, los métodos más empleados, las épocas del año más sensibles y los grupos etarios prevalentes". Así, en función de este análisis se rediseñaron los objetivos y las estrategias de intervención: de la asistencia en la urgencia a la visibilización y el abordaje de problemáticas asociadas, tales como bajo autoestima, desesperanza, consumos de sustancias, violencias, abuso y embarazos no planificados.

En suma, el desarrollo de una estrategia comunitaria a partir de la articulación interinstitucional, el fortalecimiento de la participación adolescente y la continuidad en el tiempo son las fortalezas que la Red destaca de su experiencia.

EXPERIENCIAS QUE ABORDAN MORBIMORTALIDAD POR LESIONES INTENCIONALES INFLIGIDAS POR TERCEROS

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE VIOLENCIA

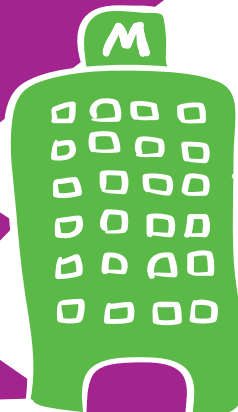
Localización: Tucumán

Institución ejecutora: Programa Provincial de Prevención y Asistencia de Violencia, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Tucumán

Circuito de abordaje: Información e intervención

Destinatarios/beneficiarios: Toda la población

Escala: Provincial



¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Programa Provincial de Prevención y Asistencia de Violencia, creado en el año 2010, se plantea como objetivo la visibilización de la problemática en el ámbito de la salud para minimizar sus efectos y secuelas. Para ello, el Programa protocolizó la atención de la violencia de género y el maltrato infantojuvenil a partir de la elaboración de dos Guías de Práctica Clínica para su diagnóstico y abordaje en el ámbito sanitario. Asimismo, el Programa capacita a los equipos de salud mental de diferentes complejidades, guardias y servicios ambulatorios de primer nivel de atención y hospitales. Además, normatizó el circuito para la realización de denuncias desde el ámbito sanitario, a fin de dar cumplimiento a lo previsto en la legislación provincial.

El trabajo intersectorial es, al mismo tiempo, una estrategia priorizada para garantizar un abordaje integral y el seguimiento* de casos. Así, articula con Desarrollo Social, Educación y Justicia. Además, dispone de una red de referentes de salud mental en todas las áreas de primer nivel de atención y en hospitales, lo que permite agilizar las derivaciones y acompañar al paciente.

¿CÓMO LO HACEN?

En relación con la detección de casos, el Programa monitorea las denuncias realizadas desde el ámbito sanitario y releva las consultas que ingresan por Salud Mental. En este punto, las Guías de Práctica Clínica son instrumentos esenciales, puesto que unifican criterios relativos a la conceptualización de la problemática, las herramientas diagnósticas, los procedimientos de atención y la codificación de la violencia según la CIE10. Las capacitaciones a los equipos de salud mental en su implementación son, por esta razón, claves para la visibilización de la problemática, la detección y abordaje adecuados y el correcto registro de los casos.

En función a la información relevada y analizada, el Programa diseña e implementa las capacitaciones, que se realizan de manera permanente y que están dirigidas no sólo a los equipos de salud mental sino también a la Policía (en modalidad de atención) y a medios de comunicación.

El Programa, además, acompaña a los equipos locales en las intervenciones y el armado de redes intersectoriales con Desarrollo Social, Educación y Justicia para el abordaje integral y seguimiento* de casos. En este sentido, la red de referentes de salud mental es una herramienta destacada, puesto que permite agilizar las derivaciones y posicionarse como enlace entre los servicios y el paciente.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

El programa establece y refuerza mecanismos de articulación hacia dentro del sistema de salud y, también, con otros actores como las escuelas, Desarrollo Social y Justicia: "Tenemos una mirada interdisciplinaria e intersectorial. Todos pueden hacer algo con la problemática: desde garantizar un lugar de privacidad, contener,

avisar o dar un turno. Siempre tratamos de transmitir a los equipos que el caso no es del psicólogo, sino que todos pueden aportar algo desde su especificidad", afirmó la referente del Programa Provincial de Prevención y Asistencia de Violencia, Carolina Salim.

¿QUÉ LOGRARON?

"El registro de casos, desde que comenzó el Programa hasta la actualidad, creció en un 500%: Con la aparición de los registros hay dos lecturas posibles: que haya muchos más casos, o que se vean y se registren mucho más. Todavía esa instancia no está evaluada, pero lo cierto es que los equipos saben cómo codificar, ingresan las denuncias desde el sistema de salud y se responde a las derivaciones que vienen desde otras instituciones", explicó Salim.

La continuidad de la experiencia en el tiempo, la protocolización del abordaje a partir de las Guías de Práctica Clínica, las capacitaciones permanentes y el fortalecimiento de las instancias de articulación intersectorial han permitido profundizar la caracterización de la problemática en la provincia y avanzar en el diseño de nuevas estrategias. En esta línea se encuentra la creación de comités de abuso sexual en hospitales, integrados por referentes de los servicios de Guardia, Trabajo Social, Salud Mental y Laboratorio, para monitorear la correcta implementación de los protocolos: un dispositivo que se está comenzando a implementar en el Hospital de Niños, y que se proyecta replicar en hospitales materno-infantiles y maternidades.

El Programa, asimismo, destaca el Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia, elaborado por los poderes Judicial y Ejecutivo provinciales: "Se trabajó un año con todos los sectores y creo que es el más avanzado en el país. Es usado con un beneficio enorme porque permite trabajar sobre la problemática e incorporar procesos y responsabilidades. La respuesta sanitaria creció muchísimo", contó Salim.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

El Programa se encuentra con complejidades a la hora de registrar la problemática de la violencia a partir de la codificación según la CIE10: "Es importante pensar en los registros sanitarios. Me parece que esta problemática no es una patología, son complejidades y factores que entran en relación, donde a veces se requiere mucho tiempo de lectura, y los códigos generan como una resistencia. Un montón de cuestiones quedan por fuera, pero nos aproxima a tener datos", concluyó Salim.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

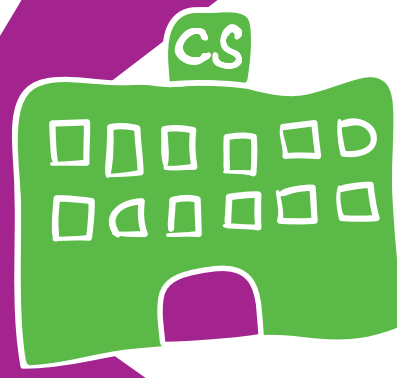
Localización: Esquel, Chubut

Institución ejecutora: Centro Especializado en Salud Integral del Adolescente (CESIA) y Servicio de Atención a las Víctimas de Delitos (SAVD) del Ministerio Público Fiscal

Circuito de abordaje: Información e Intervención

Destinatarios/beneficiarios: Población en general

Escala: Al principio municipal; luego provincial



¿POR QUÉ LO HACEN?

El Centro Especializado de Salud Integral del Adolescente (CESIA), el Servicio de Atención a las Víctimas de Delitos (SAVD) y los servicios de Bioquímica y de Enfermedades Prevalentes del hospital de Esquel elaboraron, en el año 2005, un protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual.

"Los niños y las mujeres eran revictimizados. Una víctima de violencia sexual tenía que pasar por tres exámenes físicos: primero la atendía el médico de guardia, después el médico de la Policía y, luego, el médico forense. Entonces, desde el área de Adolescencia y Pediatría nos propusimos hacer el protocolo para que el médico tenga las herramientas para no revictimizar", explicó coordinadora del CESIA, Mirta Moreschi.

¿CÓMO LO HACEN?

El protocolo define los criterios de atención tomando en consideración, en primer lugar, la edad de la víctima. En segundo lugar, contempla el nivel de gravedad de la situación, asociado a factores como la cercanía afectiva/familiar/ambiental con el/la agresor/a; el tipo de lesiones y secuelas del maltrato en niños/as y adolescentes; si se trata de un hecho aislado o de una situación frecuente; la inexistencia de factores protectores a nivel familiar y comunitario. Además, el protocolo repasa en el nivel de urgencia de la situación: si la salud de el/la niño/a o adolescente se encuentra seriamente amenazada; si no se cuenta con una persona adulta que pueda sostener y proteger a el/la niño/a o adolescente.

Asimismo, indica los casos ante los cuales los profesionales de la salud están obligados a realizar la denuncia (cuando la persona presenta riesgo de vida o lesiones graves o gravísimas producto de la violación y en todos los casos de menores de 16 años), y recomienda el respaldo de las autoridades de la institución y la intervención de los organismos competentes en la defensa de los derechos del niño/a y adolescente. En este sentido, el protocolo establece que, ante la atención de una víctima de violencia sexual, el centro de salud u hospital debe notificar a la guardia del SAVD (integrada por abogados, psicólogos y trabajadores sociales), que acompaña al paciente y a su familia y brinda asesoramiento en relación al proceso de denuncia.

El protocolo también incluye una guía para el examen físico, la toma de muestras, anticoncepción de emergencia y medicación profiláctica, y una historia clínica específica denominada dispositivo para la atención de personas en situación de abuso sexual, que completa el profesional que atiende el caso. El seguimiento clínico del paciente se realiza en el establecimiento sanitario, y el SAVD realiza el seguimiento y tratamiento de salud mental en articulación con el CESIA.

Este protocolo se implementó a nivel provincial y, para ello, se realizaron capacitaciones a ginecólogos, pediatras, hebiatras y Poder Judicial en las principales ciudades de Chubut. Además, se entregaron cajas a los establecimientos de salud con los elementos necesarios para la implementación del protocolo.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La implementación del protocolo implica la articulación entre el CESIA, hospitales y establecimientos sanitarios de primer nivel de atención, el SAVD, la Fiscalía y la Comisaría de la Mujer.

¿QUÉ LOGRARON?

"La víctima siempre es acompañada. En Esquel no hay dificultades, los médicos tiene todo en el protocolo, no se les tiene que escapar nada", afirmó Moreschi, y agregó que en la implementación "no encontramos resistencias, hubo mucha concurrencia del área de Salud, de Justicia y de Educación". En la actualidad, el instrumento se está revisando y actualizando a nivel provincial, y se proyecta realizar nuevas capacitaciones.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Al no sostener en el tiempo la estrategia de capacitación, el protocolo cayó en desuso en algunos lugares. Tampoco se logró mantener las cajas con los elementos necesarios para la implementación del protocolo en todos los establecimientos.

OTRAS EXPERIENCIAS DETECTADAS

En el desarrollo de la presente investigación se relevaron otras experiencias que, si bien no fueron sistematizadas, aportaron al objetivo propuesto en relación con recuperación de buenas prácticas* en el abordaje de la MMACE. A continuación se presenta una breve descripción de dichas experiencias.

El **Grupo Interdisciplinario para el Estudio de las Colisiones Viales** (GIECOV) es un equipo conformado en el año 2009 por los Departamentos de Ciencias de la Salud, Geografía e Ingeniería de la Universidad Nacional del Sur, en convenio con la Municipalidad de Bahía Blanca. Durante los primeros dos años, el GIECOV trabajó en la descripción de la ruta de información del siniestro vial en Bahía Blanca. Se diseñó una única forma de carga, consensuada entre el Sistema de Emergencias 911 (Policía, Bomberos, Defensa Civil, Guardia Urbana) y los Hospitales Municipal y Penna, y se implementaron capacitaciones a todos los actores involucrados en la carga de información. Desde el año 2011 y en base a la información recolectada, se desarrollan mapas de georreferenciamiento* e informes semestrales, reuniones periódicas con la

gestión para realizar propuestas y capacitaciones periódicas para garantizar que la carga sea homogénea. (GIECOV, 2015)

La **Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Jujuy** montó, durante los años 2014 y 2015, una Unidad Centinela* del Sistema de Vigilancia de Lesiones* (SIVILE). Para ello, accedió a la base de datos del SAME para relevar y registrar a todo paciente, de cualquier edad y sexo, que haya ingresado al servicio de Emergencias con una lesión de causa externa*. Además, se articuló con la guardia del Hospital "Pablo Soria" para hacer seguimiento de las derivaciones del SAME. A partir de esa información, sumada a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, se realizaron boletines de morbilidad y mortalidad por causas externas.

La **Sala de Situación de Salud* del Ministerio de Salud Pública de Misiones** elabora, desde el año 2012, análisis epidemiológicos descriptivos anuales de la mortalidad adolescente, a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas provincial y del retiro quincenal de información del Registro provincial de las Personas, que concentra los datos de las delegaciones del Registro Civil. En estos análisis se presentan indicadores de mortalidad (por sexo, causa y departamento) y se incorporan dimensiones tales como embarazo adolescente, factores de riesgo y proyecto de vida.

También es importante destacar la incipiente formación de **comités de análisis de mortalidad adolescente** en distintas provincias, como Tierra del Fuego, Chubut y Jujuy.

GLOSARIO

***ALERTA TEMPRANA**

"El objetivo general del mecanismo de alerta temprana y respuesta es detectar y controlar rápidamente eventos agudos de salud pública de cualquier origen, con especial atención a los riesgos para la salud prioritarios en la esfera nacional. El mecanismo de alerta temprana y respuesta procura aumentar la sensibilidad para la detección, la calidad de la evaluación de riesgos y la oportunidad y eficacia de la respuesta a los riesgos para la salud pública agudos, a modo de reducir al mínimo las consecuencias negativas para la salud de la población afectada." (OPS/OMS, 2015:11)

"Una función eficaz de alerta temprana garantiza una respuesta rápida a los eventos agudos de salud pública de todos los orígenes, y por ende la mitigación del impacto en la salud pública. Esto requiere mayor coordinación y la colaboración estrecha con todos los interesados directos dentro y fuera del sector de la salud." (OPS/OMS, 2015:9)

***ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ (ACR)**

"El Análisis Causa-Raíz (ACR) es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño. El objetivo de un ACR es establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?." (UNICEF, 2011:18)

Para UNICEF (2011), el ACR es una estrategia para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de los y las pacientes; se sostiene a partir del involucramiento y la participación activa del equipo de salud, así como de profesionales con capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios; su columna vertebral es el análisis sistemático y estructurado de eventos adversos centinelas; y busca identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores y las fallas del sistema.

Herramientas para la implementación del ACR: entrevista, diagrama de flujo, línea de tiempo, diagrama de espina de pescado, priorización de barreras, plan de acción de mejoras, entre otras.

Si bien el ACR se implementa habitualmente en el análisis de la mortalidad materna, fetal y neonatal, se propone adaptar esta metodología para aplicarla en el análisis de la MMACE

***ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA**

"El punto de acceso al sistema, donde la gente plantea su problema por primera vez, es el lugar en que más acuciante resulta la necesidad de una oferta integral e integrada de atención. La integralidad tiene sentido operativa y administrativamente y representa un valor añadido (...) Prestar una asistencia integral e integrada para la mayoría de los distintos problemas de salud de la comunidad es más eficiente que confiar en servicios diferentes para determinados problemas, en parte porque conduce a un conocimiento mejor de la población y fomenta una mayor confianza. Todas las actividades se refuerzan recíprocamente (...) Los servicios integrales también facilitan la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita (...) La detección precoz de la enfermedad, la atención preventiva para reducir la incidencia de problemas de salud, la promoción de la salud para reducir los comportamientos de riesgo y la lucha contra los determinantes sociales y de otro tipo de la salud requieren en todos los casos un servicio de salud que tome la iniciativa (...) Estas intervenciones requieren equipos de salud proactivos que ofrezcan una gama integral de servicios y exigen una relación estrecha y basada en la confianza entre los servicios de salud y las comunidades atendidas, esto es, trabajadores sanitarios que conozcan a las personas en sus comunidades." (OMS, 2008:51-52)

***AUTOPSIA VERBAL**

"La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y de las actas de defunción y las visitas a los hogares de las personas fallecidas, con el fin de corroborar la información que reposa en la historia clínica y de obtener nuevos datos. Con el análisis de esta información es posible identificar rápidamente

áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, para que a nivel institucional se establezcan medidas correctivas, y a nivel local, departamental o nacional, estrategias que permitan mejorar los procesos de atención." (Lalinde Ángel, 2005:45)

"La autopsia verbal es un cuestionario aplicado a los familiares y las personas que cuidaban a la persona fallecida para indagar sobre las circunstancias, los signos y los síntomas de la enfermedad que llevó a la muerte. Este instrumento se utiliza en diversos países para obtener información sobre las defunciones en áreas con subnotificación elevada y baja cobertura de la información sobre las causas, a fin de conocer la estructura de la mortalidad en esas áreas. Es útil para la vigilancia rutinaria de las defunciones. Los formularios tienen como objetivo obtener información sobre las causas de muerte, que es necesaria para comprender la situación de salud, a efectos de la planificación y el monitoreo." (Ministerio de Salud, 2009:12)

***BUENAS PRÁCTICAS**

Una buena práctica es una experiencia o intervención que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado; y cuya implementación arroja resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto. De esta manera, se contribuye al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presentan en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, y satisfacción usuaria, entre otros. (OPS/OMS, 2010)

Una buena práctica reúne las siguientes características: está relacionada con (o integrada a) la actividad esencial de las instituciones involucradas; incluye el establecimiento de mecanismos efectivos de colaboración o alianzas estratégicas entre distintos sectores; incluye varios componentes (abordaje multifactorial); responde a necesidades específicas y claramente identificadas; destina los recursos necesarios al desarrollo de capacidades de la propia institución para abordar la problemática; se basa en evidencias; se prolonga en el tiempo; suele tener un punto de innovación en su diseño y aplicación; es sencilla y clara; sistematiza y evalúa procesos y resultados; permite la retroalimentación y reorientación de las acciones; fomenta la replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares. (Traducción y adaptación de Guide for Documenting and Sharing "Best Practices" Health Programmes. OMS, 2008a).

***ESPACIOS AMIGABLES PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES**

Según OPS/UNFPA, son servicios donde los/as adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los/as adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

Características indispensables de un espacio amigable: equitativo (ofrece a cada adolescente una oportunidad justa de atención para promover su potencial bio-psico-social); accesible (pensado y organizado para que los/as adolescentes puedan obtener los servicios ofrecidos); aceptable (dotado de manera que satisfaga las expectativas de los usuarios); y efectivo (la atención es provista adecuadamente para contribuir al estado de salud de los/las adolescentes). (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y otros, 2012:12-13)

***FORMULARIO ESTADÍSTICO ÚNICO (FEU) DE LA AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL**

El Formulario Estadístico Único (FEU) es un instrumento de la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV, Ministerio de Transporte) implementado con fines estadísticos en el relevamiento y sistematización de las variables involucradas en siniestros viales. La ANSV desarrolló el FEU con el objetivo de unificar el registro de información certera sobre incidentes viales, para que la misma sea analizable y comparable a nivel provincial, nacional e internacional.

Algunos datos consignados en el FEU: Entidad instructora (Policía/Gendarmería/etc.); Lugar y fecha del siniestro; Total heridos leves/graves, fallecidos, ilesos; Tipo de siniestro; Información del ambiente (lugar de la vía pública/ estado de la vía/tiempo/señalización/visibilidad/etc.); Información de personas por vehículo (nombre y apellido/ DNI/domicilio/ubicación en el vehículo/estado ileso-leve-grave-muerto/lugar de hospitalización/cobertura médica/uso de cinturón-casco).

***GEORREFERENCIACIÓN**

"Georreferenciar es asignar coordenadas geográficas a un objeto o estructura. El concepto aplicado a una imagen digital implica un conjunto de operaciones geométricas que permiten asignar a cada pixel de la imagen un par de coordenadas (x,y) en un sistema de proyección." (AIS/OPS, 2003:217)

Un Sistema de Información Geográfica (SIG) "es una base de datos computarizada que contiene información espacial, es decir, un conjunto organizado de hardware y software, información geográfica y personas que permiten reunir, introducir en una computadora, almacenar, transformar, superponer, manipular, analizar y cartografiar todas las formas de datos espaciales sobre el mundo real para un conjunto particular de objetivos. En Salud Pública, los SIG son herramientas poderosísimas capaces de combinar datos demográficos (edad, sexo, distribución, etc.), con datos de salud (tipos de enfermedades, incidencias, prevalencia, características clínicas o patológicas, etc.), características del medio natural (clima, altitud, precipitación, etc.), características de los sistemas de salud (camas, médicos, insumos, etc.) y cualquier otra información que el especialista considere necesaria. Su uso se asocia a la descripción espacial de eventos de salud, al análisis de situaciones de salud en un área geográfica y una población específica, al análisis de patrones o diferencias de la situación de salud a distinta escala de afectación, a la identificación de grupos de alto riesgo en la salud y de áreas críticas, a la vigilancia y monitoreo en salud pública, a la identificación de riesgos ambientales y ocupacionales, a la identificación de espacios saludables y de factores promotores y protectores de salud. El avance de la tecnología SIG suma, a estos estudios tradicionales caracterizados por realizar diagnósticos de situaciones particulares y reconocer problemáticas específicas, trabajos destinados a brindar las posibles soluciones reales gracias a la incorporación de nuevas posibilidades de análisis espacial. De allí que los SIG se manifiestan como instrumentos idóneos no sólo para el estudio de la epidemiología ambiental, sino también como soporte de las decisiones en el planeamiento de los servicios de salud, con el objetivo de identificar y corregir inequidades en la distribución geoespacial de los mismos." (Comisión Nacional de Actividades Espaciales y otros, 2015:14-15)

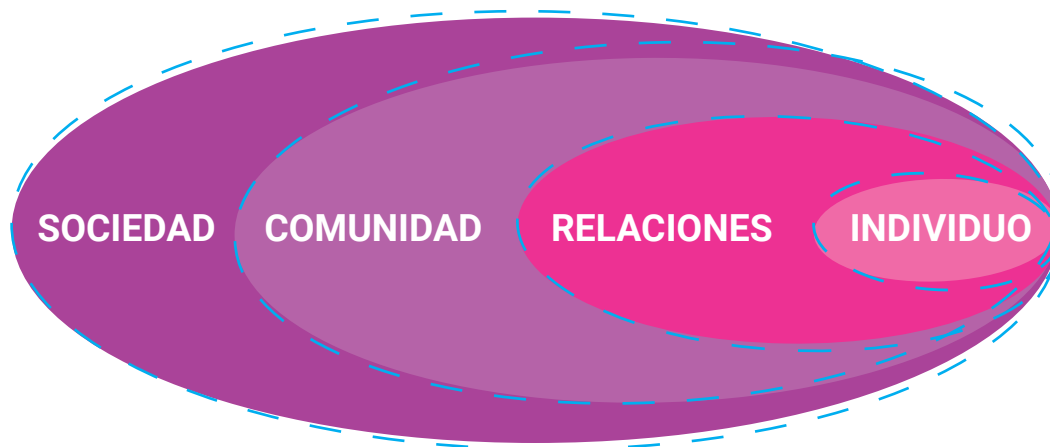
***HABILIDADES PARA LA VIDA**

"Definido en forma amplia, un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (...) Las habilidades para la vida abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí: Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía; Habilidades cognitivas, incluyendo solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación; Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal (...) El desarrollo de estas habilidades está estrechamente relacionado a una pedagogía de aprendizaje activo. Por medio de métodos de enseñanza participativos, tales como actuación, debates, análisis de situaciones, y solución de problemas de forma individual, los programas de habilidades para la vida pueden comprometer en forma activa a los jóvenes en su proceso de desarrollo." (OPS, 2001:5-7)

***MODELO ECOLÓGICO**

En el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, la OPS/OMS (2002) recurre a un modelo ecológico para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia: "Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan". (OPS/OMS, 2002:11)

En esta línea, el modelo se organiza en cuatro niveles. "En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato. En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos (...) En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos (...) El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad". (OPS/OMS, 2002:11-12)



De esta manera, el modelo ecológico ayuda a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones y, al mismo tiempo, pone de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez.

***POSTVENCIÓN**

"Una vez producido el evento autodestructivo, se puede pensar la postvención como la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad". (Martínez, 2007: 22)

Si bien el concepto de postvención surge del abordaje del suicidio, los principios que orientan la intervención pueden aplicarse a otras situaciones de mortalidad adolescente, en cuanto al acompañamiento y la contención ante estos eventos.

***PREVENCIÓN**

La prevención designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La OMS plantea tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (OMS, 1998)

***PROGRAMA NACIONAL MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES**

"La Dirección Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud de la Nación desarrolla un Programa Nacional de acción gubernamental cuyo propósito es la gestión integral de políticas públicas para la mejora de la salud de la población (...) Entre 2008 y 2016, el Programa se abocó a incorporar municipios, construir articulaciones interinstitucionales y avanzar en la conformación y el fortalecimiento de las mesas de trabajo intersectorial para la elaboración de análisis de situación de salud locales que sirvieran como línea de base para la implementación de acciones sanitarias. Además, se enfocó hacia el desarrollo de entornos favorables a la promoción de la salud mediante la profundización de compromisos entre los niveles de gobierno local, provincial y nacional." (Nieto, 2016:6)

***PROMOCIÓN**

La promoción de la salud interviene en la dimensión social de los determinantes de la salud de la población y es una categoría integradora esencialmente intersectorial y de participación social, por lo que rebasa las fronteras de lo que comúnmente se conoce como sector salud y, mucho más, la competencia del accionar médico. A diferencia de la prevención, que alude a medidas específicas para evitar daños y riesgos específicos; la promoción de la salud alude a la ganancia de bienestar como un todo y es un concepto positivo, holístico, integral, que no se preocupa por una enfermedad específica sino más bien por ganar en salud independientemente de que ya se esté sano. (OPS, 1995)

***SALA DE SITUACIÓN DE SALUD**

Para el Ministerio de Salud de la Nación, "el concepto de Sala de Situación constituye un modelo de trabajo que promueve el análisis sistemático de información a fin de generar conocimiento oportuno y de calidad acerca de los problemas de salud poblacionales y de la capacidad de respuesta de los sistemas de atención, para apoyar el proceso de gestión y gobierno en salud pública. La Sala de Situación constituye un dispositivo fundamental para disponer de información; tomar decisiones basadas en evidencias; fortalecer la capacidad institucional; vigilar la situación; organizar la respuesta; movilizar recursos; evaluar intervenciones; identificar necesidades; interactuar con otros agentes; preparar y reproducir informes para decisores y gestores y producir información para medios de comunicación (...) El enfoque (*de la Sala de Situación*) no sólo propicia el análisis de la información epidemiológica sino también su articulación con la económica y socio ambiental, tomando en cuenta los antecedentes históricos de la población y los macrodeterminantes políticos, sociales, económicos, culturales y étnicos".

***SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES (SIVILE)**

El Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE), implementado por el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones desde el año 2005, constituye una fuente primaria de información de lesiones por causas externas: "El SIVILE está conformado por un conjunto de Unidades Centinelas localizadas en diferentes Provincias de la Argentina, ubicadas mayormente en Guardias de Hospitales como también en servicios de Emergencia. Cada una de estas Unidades provee información de manera continua, con un alto nivel de detalle, de los aspectos más relevantes de las lesiones por causas externas. Esto posibilita la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar". (Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones, 2016:7)

Algunos datos consignados en la Planilla de Registro del SIVILE: Datos del lesionado; Datos del evento; Circunstancias de la lesión; Resultados del examen médico; Observaciones.

***SEGUIMIENTO**

"Comprender a las personas y el contexto en que viven no sólo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención (...) La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido. La continuidad de la atención es un factor determinante de la eficacia, ya sea para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud reproductiva o la salud mental o para verificar que los niños crezcan sanos." (OMS, 2008:52)

***TRIANGULACIÓN**

"La triangulación es una estrategia que emplea diversos conjuntos de datos para desarrollar recomendaciones oportunas para la implementación de políticas y la mejora de los programas, para orientar la toma de decisiones. En líneas generales, se puede definir la triangulación como la síntesis e integración de datos de fuentes múltiples a través de la recopilación, análisis, comparación e interpretación de los mismos. Al recolectar primero y luego comparar los conjuntos múltiples de datos, la triangulación ayuda a contrarrestar las amenazas a la validez de cada fuente de datos (...) La triangulación no sólo incluye la comparación de diferentes fuentes de datos, sino también el uso de diferentes técnicas de recopilación de datos y métodos para investigar el mismo fenómeno." (OPS/OMS, 2009:8-9)

***UNIDAD CENTINELA / MUESTRA CENTINELA**

"La vigilancia centinela se basa en la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación del sistema de servicios de salud ('unidades centinelas') que se compromete a estudiar una muestra preconcebida ('muestra centinela') de individuos de un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia ('condición centinela'). Las repeticiones espaciadas de este método permiten estudiar las tendencias de ciertos eventos de interés. Por extensión, el término 'vigilancia centinela' se aplica a una forma de vigilancia selectiva de tipo comunitario que, por periodos cortos, recolecta datos de una población específica y geográficamente definida ('sitio centinela') de especial interés." (OPS/OMS, 2011:20)

***VIGILANCIA**

"Vigilancia es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control (...) En años recientes se ha ido consolidando el concepto de 'vigilancia en salud pública' y, con ello, se ha desplazado el de 'vigilancia epidemiológica' en la práctica cotidiana". (OPS/OMS, 2011:8)

BIBLIOGRAFÍA

AIS/OPS (2003) *Sistema de Información Geográfica en Epidemiología y Salud Pública. SIGEPI. Manual de Usuario*. Versión 1.26. Marzo. Recuperado el 10/10/2017 de <http://ais.paho.org/sigepi/sp/sigepi/download/Manual%20de%20Usuario.pdf>

Área de Tránsito. "Niños Responsables: Programa para la formación de ciclistas y peatones". Municipalidad de Urdinarrain, Entre Ríos. Recuperado el 10/10/2017 de <http://observatoriovial.seguridadvial.gov.ar/documentos/experiencias-exitosas/experiencia-urdinarrain.pdf>

Barragán, L., Ortega, M., Pizarro, H, Solis, L. *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia*. Recuperado el 10/10/2017 de http://ovsyg.ujed.mx/docs/aporte-de-investigadores/Sistemas_de_vigilancia.pdf

Burgos, I., Cañizares, N.B., Chalabe, A. M., Chalabe, S. A., Girón, L., Santillán, M. E., Zumbay, B. "Prevención en las lesiones por causa externa". Recuperado el 10/10/2017 de http://jornadastucumansig.com.ar/resumenesext/posters/10_PREVENCION%20EN%20LAS%20LESIONES%20POR%20CAUSA%20EXTERNA.pdf

Burgos, I., Chalabe, A. M., Chalabe, S. A., Girón, L., Santillán, M. E., Zumbay, B. "Promoción de la salud desde un enfoque de riesgo". Recuperado el 10/10/2017 de http://jornadastucumansig.com.ar/resumenesext/ponencias/05_Promocion%20de%20la%20Salud%20desde%20un%20enfoque%20de%20Riesgo.pdf

Cañizares, N.B., Chalabe, A. M., Chalabe, S. A., Vega, O., Zumbay, B. "Repositorio de datos para análisis geoestadísticos de lesiones por transporte". Recuperado el 10/10/2017 de http://www.ugich.com/descargas/publicaciones/articulos.html?download=29%3A2011_repositorio-de-datos-para-analisis-estadistico

Comisión Nacional de Actividades Espaciales, Ministerio de Planificación Federal Inversión Pública y Servicios, Ministerio de Salud de la Nación (2015) *Epidemiología Panorámica. Introducción al uso de herramientas geoespaciales aplicadas a la Salud Pública*. Recuperado el 10/10/2017 de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/prev_control_enfermedades/EpidemiologiaPan.pdf

DEIS (2017) "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2015". Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Epidemiología e Información de la Salud (2016) "Informe de Sala de Situación coyuntural por cumplirse tres años de funcionamiento de la Unidad Centinela de Vigilancia de Lesiones del Hospital Regional Ushuaia". Documento de difusión DIEZ N°5/2016. Ministerio de Salud de Tierra del Fuego.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) (2014). Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la DNSMyA. Modelo comunitario de atención. Problemática priorizada: suicidio

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Plan Nacer, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2011) *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-lineamientos-intento-suicidio-2016.pdf>

GIECOV (2015) *Colisiones viales en Bahía Blanca. Descripción y análisis del impacto urbanístico, sanitario y económico 2012 - 2014*. Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/repositorio/Silberman%20light%20ebook.pdf>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, OPS/OMS (2010) *Sistematización de los resultados del II Concurso Nacional de Seguridad Vial. Experiencias exitosas contra la inseguridad vial*. Recuperado el 10/10/2017 de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/saludAmbiental/SeguridadVial.pdf>

Lalinde Ángel, M.I. (2005) "La autopsia verbal: Reconstruyendo la historia de una muerte materna" en Secretaría de Salud Alcaldía de Medellín. *Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal*. Medellín: Alcaldía de Medellín.

Martinez, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Editorial Lugar, Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2009) *Manual para la investigación de las muertes con causa mal definida*. Secretaría de Vigilancia Sanitaria. Departamento de Análisis de la Situación Sanitaria. Serie A. Normas y manuales técnicos. Brasilia-DF.

Ministerio de Salud de la Nación "Salas de Situación: herramienta indispensable para la toma de decisiones en salud pública". Buenos Aires. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/sala-situacion.php>

Nieto, R.A. (2016) "Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables. Editorial" en *Rev. Argent Salud Pública*. Dic, 7. Recuperado el 10/10/2017 de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen29/editorial.pdf>

OMS (1998) Promoción de la Salud. Glosario. Recuperado el 10/10/2017 de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS/CDC (2001) "Injury Surveillance Guidelines" Recuperado el 10/10/2017 de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42451/1/9241591331.pdf>

OMS (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

OMS (2008a). Guide for Documenting and Sharing "Best Practices" Health Programmes. Recuperado el 10/10/2017 de <http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/en/GuideBestPractice.pdf>

OPS / OMS. (1995) Los Proyectos Locales de Promoción de la Salud. Nuevos Escenarios para el Desarrollo de la Salud Pública. SERIE DESARROLLO DE LA REPRESENTACION OPS/OMS EN CUBA No.19

OPS (2001) *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Adolescencia. Septiembre. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>

OPS/OMS (2002) *Informe sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

OPS/OMS (2009) *Guía de recursos para la triangulación de datos sobre el VIH: síntesis de los resultados de fuentes múltiples de datos para la evaluación y toma de decisiones*. Febrero. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Triangulacion.pdf>

OPS/OMS (2010) Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la perspectiva de Igualdad de Género en Salud. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=promocion-de-salud&alias=249-iv-concurso-buenas-practicas-convocatoria-2011&Itemid=307

OPS/OMS (2011) "Unidad 4: Vigilancia en salud pública" en *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*. Segunda Edición Revisada. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=856-mopece4&Itemid=688

OPS/OMS (2015) *Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos*. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf

Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones (2016) *Instructivo para el registro de datos en las unidades centinela del sistema de vigilancia de lesiones*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 10/10/2017 de http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2016-06_sivile.pdf

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Programa Sumar, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF (2012) *Lineamientos para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Recuperado el 10/10/2017 de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Lineamiento-Atencion-integral-de-adolescentes-en-espacios-de-salud-amigables-y-de-calidad.pdf>

UNICEF (2011) *El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*.

Villalba, M. del C. (2012) "Cuando el accidente moviliza la vida del adolescente". Servicio de Adolescencia. Hospital Interzonal "San Juan Bautista". San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca.

A large, solid blue abstract graphic element that starts as a thick line on the left, curves downwards, then horizontally across the middle, and finally splits into two lines extending towards the right edge of the page.

ANEXOS

Anexo I - Planillas de Relevamiento	P.64
Experiencias por provincia	P.72
Experiencias por circuito y causa externa abordados	P.72
 Anexo II - Guía de entrevista semiestructurada a informantes clave	P.65
 Anexo III - Grillas de análisis	P.67
Buenas prácticas por experiencia y causa externa abordada	P.72
Buenas prácticas por circuito y escala	P.72
 Anexo IV - Protocolos e instrumentos de registro relevados	P.63

ANEXO I - PLANILLAS DE RELEVAMIENTO

1 - Experiencias por provincia. Se recomienda usar una tabla para morbilidad y una para mortalidad.

PROVINCIA	Círculo de información				Morbilidad / Mortalidad				Círculo de intervención						
	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes
Lesiones no intencionales	Detección					Prevención									
	Registro					Atención									
	Registro					Seguimiento									
	Análisis					Postvención									
Lesiones intencionales auto-inflingidas / intentos de suicidio	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes
	Detección					Prevención									
	Registro					Atención									
	Análisis					Seguimiento									
Lesiones intencionales por terceros / agresiones	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes	Acciones	Lugar / escala	Breve descripción	Contacto	Otras fuentes
	Detección					Prevención									
	Registro					Atención									
	Análisis					Seguimiento									

2- Experiencias por circuito y causa externa abordados. Se recomienda usar una tabla para cada causa.

CIRCUITO		EXPERIENCIAS QUE ABORDAN LESIONES / MUERTES NO INTENCIONALES						
INFORMACIÓN	Detección / Registro							
	Análisis							
INTERVENCIÓN	Prevención							
	Atención							
	Seguimiento / Postvención							

ANEXO II - GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A INFORMANTES CLAVE

INFORMACIÓN DEL ENTREVISTADO/A

Nombre:

Cargo / Función:

Antigüedad en el cargo:

Año de inicio de participación en la experiencia:

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre de la experiencia:

Contexto de la experiencia:

Programa / Proyecto / Política / Estrategia / Dispositivo / Acción / Campaña

Institución Ejecutora / Responsable:

Instituciones Asociadas:

Causa externa abordada:

- Morbilidad / Mortalidad por lesiones no intencionales (accidentes)
- Intentos de suicidio / Suicidios consumados
- Agresiones / Homicidios
- Morbilidad / Mortalidad por todas las causas externas

Círculo de abordaje:

- Información - Detección / Registro / Análisis
- Intervención - Prevención / Atención / Seguimiento / Postvención

Escala:

Provincial / Municipal / Hospitalaria

Destinatarios de la intervención:

Adolescentes / Población en general

Año de inicio de la experiencia:

Continuidad en el tiempo: Sí

No Año de Finalización:

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivos de la experiencia:

- General
- Específicos

Inicio / Continuidad en el tiempo:

- Motivaciones para el desarrollo de la experiencia / Análisis de situación antes de su diseño e implementación (necesidades específicas).
- Año de inicio del diseño / Actores involucrados.
- Año de inicio de la implementación / Actores involucrados.

Composición actual del equipo

Equipos especializados en adolescencia | Abordaje integral / Interdisciplinario

Prácticas / Acciones

- Descripción de las intervenciones diseñadas para el cumplimiento de los objetivos
- Pasos concretos / Estrategias clave / Metodologías: cuándo, cómo y quiénes implementan las acciones
- Sistematización / Protocolos: elaboración e implementación / Registros, informes y otras formas de documentación de las acciones
- Georreferenciación
- Capacitaciones
- Puntos de innovación en su diseño e implementación

Articulaciones

- Actores claves que participan en la experiencia
- Principales acciones de cada actor
- Armado de redes: colaboraciones y alianzas estratégicas / Espacios de encuentro periódicos / Salas de situación / Mesas intersectoriales

Lecciones aprendidas

- Factores / Iniciativas que permitieron que la experiencia se sostenga y mejore en el tiempo
- Principales fortalezas
- Obstáculos / Resistencias
- Retroalimentación y reorientación de las acciones a partir de la experiencia acumulada
- Instancias colaborativas

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Sistema de monitoreo

Evaluaciones cuali - cuantitativas / de proceso - de resultados (evidencias). Descripción y periodicidad

Principales resultados alcanzados

Proyección de la experiencia

Replicación de la experiencia en otros contextos

- Proceso de implementación y resultados alcanzados
- Recomendaciones

ANEXO III - GRILLAS DE ANÁLISIS

1- Buenas prácticas por experiencia y causa externa abordada. Se recomienda usar una tabla para cada causa.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA	LESIONES / MUERTES NO INTENCIONALES					
	Provincia / Municipio	Intitución ejecutora	Destinatarios Adolescentes / Población en gral.	Año de inicio	Continúa en la actividad	Circuito de abordaje Información / intervencion



LESIONES / MUERTES NO INTENCIONALES	
Detección / Registro Fuentes de Información / Instrumentos	Análisis de la Información Informes / Evaluaciones / Comité de análisis



LESIONES / MUERTES NO INTENCIONALES			
Prevención	Atención	Seguimiento	Postvención



LESIONES / MUERTES NO INTENCIONALES					
Capacitaciones	Articulaciones	Red de referentes	Lecciones aprendidas / Fortalezas / Innovaciones	Obstáculos / Resistencias / Dificultades	Resultados

2- Buenas prácticas por circuito y escala.

		CIRCUITO DE INFORMACIÓN					
		Detección / Fuentes de información	Instrumentos de registro	Datos priorizados	Instancias de análisis	Articulaciones	Capacitaciones
ESCALA	Provincial						
	Local	Municipal					
		Hospitalaria					

		CIRCUITO DE INTERVENCIÓN					
		Prevención	Atención	Seguimiento	Postvención	Articulaciones	Capacitaciones
ESCALA	Provincial						
	Local	Municipal					
		Hospitalaria					

ANEXO IV - PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS DE REGISTRO RELEVADOS

1- Guía de orientación para la intervención en situaciones conflictivas y de vulneración de derechos en el ámbito escolar. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, UNICEF. 2014. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_de_orientacion_WEB.pdf

2- Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Plan Nacer, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. 2011.

3- Guía Clínica para la prevención y manejo de la conducta suicida. Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida. División Salud Mental. SIPROSA. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. 2017.

4- Planilla de registro de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida. Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida. División Salud Mental. SIPROSA. Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

5- Guía Clínica: Diagnóstico y abordaje integral en el ámbito sanitario del maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Programa Provincial de Prevención y Asistencia de la Violencia. División Salud Mental. SIPROSA. Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

6- Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia. Sbdar, C. B. (dirección), Sánchez, E., Zelarayán de Escalada, L. M. (coordinadores). Poder Judicial y Ejecutivo de Tucumán.

7- Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y abordaje de la violencia hacia la mujer desde el ámbito sanitario. Programa Provincial de Prevención y Asistencia de la Violencia. División Salud Mental. SIPROSA. Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

8- Protocolo para la atención de personas víctima de violencia sexual. Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Ministerio de Salud de Chubut. 2016.

9- Dispositivo para la atención de personas en situación de abuso sexual. Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Ministerio de Salud de Chubut.

10- Planilla de Registro. Sistema Nacional de Vigilancia de Lesiones (SIVILE). Ministerio de Salud de la Nación.

11- Formulario Estadístico Único (FEU). Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Ministerio de Transporte de la Nación.

AGRADECIMIENTOS

A quienes formaron parte de la producción de este material mediante su participación en el proceso de elaboración y validación del paquete de herramientas para el circuito de información y los lineamientos para la intervención integral:

A los Programas Provinciales de Salud Integral en la Adolescencia:

- Andrea Pineda, Loana Barletta y Solange Rey, de Provincia de Buenos Aires;
- Rodolfo Kaufman, Silvia Vouillat y Victoria Barreda, de Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- Néstor Villafañe, de Catamarca;
- Liliana Beatriz Ensisa, de Chaco;
- Emiliana Gianoglio, de Chubut;
- Leticia Navarro y Marcela Yanover, de Córdoba;
- Sandra Godoy y Silvina Donna, de Corrientes
- Romina Spoturno, de Entre Ríos;
- Liliana Martínez, de Formosa;
- Beatriz Cerrizuela, de Jujuy;
- Noelia Davini, de La Pampa;
- Sandra Sheila Aguirre, de La Rioja;
- María Cecilia Sottano, de Mendoza;
- Viviana Garro y Pablo Fuchs, de Misiones;
- José Luis Mulatero, de Neuquén;
- Claudia Mesoraca, de Rio Negro;
- Marcela Roldán, de Salta;
- Ana Lia Zimmermann, de San Juan;
- Temis Lorda y Verónica Miranda, de San Luis;
- Juliana Czernik y Guillermo Vivas, de Santa Fe;
- Cecilia Chami, de Santiago del Estero;
- Romina Ortega, de Tierra del Fuego;
- Marcela Bocca, de Tucumán.

A los asistentes de taller:

- Karina Revirol, María Laura Martínez y Adrian Santoro, de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)
- Soledad Beltrame, del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE)
- Paula Monteserin y Agustina Chaplin, del Observatorio de Salud Mental, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- María Victoria Bertolino y Sebastián Laspiur, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Gustavo Girard, del Consejo Asesor PNSIA

A quienes colaboraron con el proceso de investigación:

- Ana María Chalabe, Blanca Ester Zumbay, Laura Valeria Giron, Gabriela Teresa Aguilera y María Estela Santillan, del Servicio de Epidemiología del Hospital “Nuestra Señora del Carmen”, El Carmen, Jujuy.
- Roberto Dinarte, del Observatorio de Salud Mental, Secretaría de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Salta.
- Rubén Pi, referente del Programa Municipios y Comunidades Saludables de Pocito, San Juan.
- María del Carmen Villalba y Laura Camillucci, del servicio de Adolescencia, y Silvia Tomassi, del departamento de Salud Mental del Hospital Interzonal “San Juan Bautista”, San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca.
- Mariela Leiva, secretaria de Desarrollo Social, Municipalidad de Fiambalá, Catamarca, y Luciana Barboza, acompañante terapéutica y operadora sociocomunitaria.
- Soledad del Río, de la Red para la Promoción de la Vida “Aquí y ahora a tu lado” de Santa María, Catamarca.
- Gastón Bobio, jefe de Departamento de Epidemiología Zona Sur, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, Tierra Del Fuego.
- Ana María Wenk, Juan Varani, Gustavo Beninsoy, Alejandra Di Primio, Graciela Favazza y Gabriela Muñoz, del Programa de Atención Integral de Adolescentes (PAIA) del Hospital “Mariano y Luciano de la Vega”, Moreno, Provincia de Buenos Aires.
- Sandra Novas, del servicio de Salud Mental del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Daniel Ayende y Fabián Papes, del Área de Tránsito, Yamil Dalgarrondo, del Área de Juventud y Deportes, y Alberto Mornacco y Martín Traverso, intendente y viceintendente de Urdirarrain, Entre Ríos.
- Irma Thomas, referente del Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Tucumán.
- Carolina Salim, referente del Programa Provincial de Prevención y Asistencia de la Violencia, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Tucumán.
- María Eugenia Moreno, Ana Lia Zimmermann, Marcela Guerrero, Karina Más, María Celeste Uñac y María de los Ángeles Pérez, del Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública, San Juan; Jorge Castro, del consultorio de Adolescencia del Hospital “Dr. Guillermo Rawson” de San Juan; y Silvia Catena, directora del Hospital “Dr. Federico Cantoni” de Pocito, San Juan.
- Mirta Moreschi, Vera Palmeri, Estefanía Faeda, Silvina Mateos, Candela Finkelstein, Pilar Centurión, Marcela Navarro, Carolina Santoro, Enrique Dillon y Estefanía Lewis, del Centro Especializado en Salud Integral del Adolescente (CESIA); y Adriana López Gómez, del Equipo de Orientación y Apoyo a las Trayectorias Escolares (EOATE) de Esquel, Chubut.
- Pedro Silverman, del Grupo Interdisciplinario para el Estudio de las Colisiones Viales (GIECOV) de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.

- Leonor López, de la Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, Jujuy.
- Ana María Gassman, responsable de la Sala de Situación de Salud del Ministerio de Salud Pública, Misiones.
- Jéssica Azar, Responsable del Departamento de Estudios, Dirección de Estadística, Agencia Nacional de Seguridad Vial del Ministerio de Transporte de la Nación.
- Ana King, Ministerio de Salud de la Nación.

El PNSIA expresa su agradecimiento al apoyo técnico brindado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para la realización de la presente publicación.

