



UNL • FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



Traslados Médicos Judiciales en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y su impacto en la Secretaria de Emergencias y Traslados 107 del Gran Santa Fe. Año 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE CIENCIAS MÉDICAS

Nombre y apellido:

JUSTET, MAURICIO FABIÁN

Director:

Dr. ETCHEPARE, RAUL

Co-Director:

Dr. WAGNER, ALDO

Carrera:

ESPECIALIDAD EN AUDITORÍA MÉDICA

Año 2024



ÍNDICE GENERAL

1.	<u>RESUMEN</u>	3
2.	<u>INTRODUCCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBELMA</u>	4
3.	<u>MARCO TEÓRICO</u>	7
3.1.	<u>SALUD MENTAL Y PADECIMIENTO</u>	7
3.2.	<u>LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657</u>	7
3.2.1.	<u>Aspectos Generales (DNSMA, 2013)</u>	7
3.2.2.	<u>Antecedentes</u>	10
3.2.3.	<u>Principales críticas a la Ley Nacional de Salud Mental</u>	12
3.3.	<u>SECRETARÍA DE EMERGENCIAS Y TRASLADOS (SET): FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES</u>	13
3.3.1.	<u>Misión y Función</u>	13
3.3.2.	<u>Centrales Operativas Territoriales del SET 107</u>	15
3.3.3.	<u>Proceso de trabajo en la Central 107</u>	16
4.	<u>HIPÓTESIS</u>	19
5.	<u>OBJETIVOS</u>	19
5.1.	<u>OBJETIVO GENERAL</u>	19
5.2.	<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	19
6.	<u>METODOLOGÍA</u>	20
6.1.	<u>Diseño y tipo de estudio</u>	20
6.2.	<u>Área y periodo de estudio</u>	20
6.3.	<u>Población de estudio y muestra</u>	20
6.4.	<u>Variables e indicadores de estudio</u>	21
6.5.	<u>Fuentes e instrumentos de recolección de datos</u>	23
6.6.	<u>Plan de análisis de resultados</u>	23
7.	<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	23
8.	<u>RESULTADOS</u>	24
8.1.	<u>Distribución eventos notificados al SET 107 según variables de interés</u>	24
8.1.1.	<u>Eventos notificados según tipo</u>	24
8.1.2.	<u>Eventos notificados según tiempo y lugar de ocurrencia</u>	25
		2



8.1.3.	Eventos notificados según prioridad del evento y número de víctimas	27
8.2.	Descripción de la logística demandada por los TMJ al SET 107	29
8.3.	Impacto de los TMJ en el SET 107	30
9.	CONCLUSIÓN	32
10.	BIBLIOGRAFÍA	36

Índice de tablas

Tabla 1: Tipos de auxilios brindados por el SET 107 según código de color, prioridad de salida y tiempo estimado de arribo	19
Tabla 2: Variables analizadas en el estudio, según definición operacional, tipo y escala de medición	23
Tabla 3: Indicadores contruidos para medir el impacto de los TMJ en el SET desde una perspectiva de la demanda logística	24
Tabla 4: Indicadores calculados para estimar el impacto de los TMJ en el SET 107 durante el periodo de estudio.	
Gran	Santa
Fe.....	33

Índice de figuras

Figura 1: Distribución de las Centrales SIES 107 en la provincia de Santa Fe.....	17
Figura 2: Fuerzas y actores que trabajan conjuntamente con el SET para dar respuesta a una emergencia.....	18
Figura 3: Frecuencia relativa (%) y absoluta (n) de eventos reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, en el Gran Santa Fe.....	26
Figura 4: Distribución porcentual en el tiempo de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según mes de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe.....	27
Figura 5: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según franja horaria de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe	28
Figura 6: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según localidad de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe	29



Figura 7: Distribución porcentual de los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según código de color (prioridad) del evento. Gran Santa Fe 30

Figura 8: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según código de color (prioridad) del evento. Gran Santa Fe 30

Figura 9: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y OEV de código rojo (n=5833) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según franja horaria de ocurrencia. Gran Santa Fe..... 31

1. RESUMEN

La Ley de Salud Mental Nº 26.657 ha recibido numerosas críticas desde que fue sancionada en 2010, entre ellas y quizás la más importante, la dificultad para su operacionalización en una red y estructura de atención y contención que nunca se preparó para tal fin, y ante la falta de decisión política real como operador del instrumento legal. Los efectos de dichas falencias se reflejan, entre otros, en una creciente demanda al SET 107 de asistencia de crisis psiquiátricas agudas e internaciones involuntarias solicitadas a través de oficios judiciales.

El presente estudio se propuso evaluar el impacto en el SET de los Traslados Médicos Judiciales (TMJ) solicitados para llevar a cabo las mencionadas asistencias en el área del Gran Santa Fe, en términos de la estructura general disponible para dar respuesta al evento.

Para tal fin se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, basado principalmente en los datos de los registros del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) y de registros internos del servicio, en la construcción de indicadores específicos y en un análisis descriptivo de ciertas variables de interés.

Ante una creciente demanda y un marco legal cuestionado por su viabilidad, los resultados obtenidos en este estudio interpelan la actual dinámica de abordaje de los TMJ: partiendo de una estructura con recursos humanos y móviles insuficientes, los TMJ son, en su mayoría, eventos de baja prioridad a los que se asignan recursos de alta complejidad, que se superponen con la cobertura de otros eventos de mayor prioridad y gravedad, impactando directamente en la eficiencia de respuesta del servicio del SET 107.



2. INTRODUCCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBELMA

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, sancionada en noviembre de 2010, establece como ámbito de aplicación, los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan. La misma brinda un piso mínimo de cuidado de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico o trastornos mentales, e introduce principios y propuestas consagradas por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (DNSMA, 2013; Alvarado, 2013).

Sin dudas, constituye una norma trascendente ya que consagra el derecho a la atención y la protección de la salud mental de todas las personas, jerarquiza la labor del equipo interdisciplinario, propende a un reacondicionamiento de los efectores sanitarios, entre otros puntos importantes (DNSMA, 2013).

Este marco legal y legítimo interpela prácticas y políticas, sociales, profesionales y científicas que deben estar abocadas a transformar los sistemas de atención por parte de las instituciones dedicadas a la asistencia de la salud mental. En ese sentido, el panorama actual ofrece nuevas oportunidades, pero también hace visible una serie de obstáculos y desafíos en lo instituido que se presentan como resistencia para el desarrollo de la tarea a corto y largo plazo (Alvarado, 2013; Tosj, 2014).

Una rica historia de producción teórica y de experiencias clínicas quedó de lado a la hora de redactar esta Ley, pensada en tierras lejanas y sin la presencia de los sectores directamente involucrados como las asociaciones de psiquiatras, las facultades de Medicina nacionales, las asociaciones de familiares y de pacientes. Más allá del método de construcción de la Ley, hay allí una serie de cuestionamientos y debates que ameritan un espacio.



Por ejemplo, la Ley preveía el cierre definitivo de los hospitales monovalentes en el año 2020, ya que, desde su concepción filosófica el hospital monovalente o de especialidad es el enemigo a combatir y no la lógica manicomial. A favor de la Ley, es justo mencionar que la misma también preveía que se constituya una red de “dispositivos alternativos” que sustituyan al hospital monovalente; sin embargo, dicha red jamás se creó. Son múltiples las voces involucradas que sostienen que el hospital de especialidad debe cambiar, pero resaltando también su rol indispensable en una red de atención de la Salud Mental de la población (que hoy falta) que contemple a los hospitales generales con la adecuación necesaria, casas de medio camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamiento de consumos problemáticos, entre otros (APSA, 2019).

El Estado ha sostenido un feroz desmantelamiento del hospital especializado en lugar de reformarlo, mejorar sus condiciones o construir alternativas. Y nos encontramos hoy con que el manicomio existe, es cada vez más grande y más invisible, y está fuera de las paredes de los hospitales: son los pacientes con trastornos mentales abandonados en las calles, los rechazados en las guardias de hospitales generales, los que terminan en las cárceles involucrados o usados para el delito (APSA, 2019).

Un segundo cambio que introduce la Ley es restarle privilegio al modelo médico hegemónico y democratizar las decisiones entre las diferentes profesiones implicadas, promoviendo un nuevo ideal, el de un saber interdisciplinario. Lo cierto es que hay una brecha enorme entre lo que se conceptualiza como abordaje interdisciplinario de problemas complejos, y lo que se hace y es posible hacer al respecto. Se podría decir que esa brecha parte de la escasa construcción de una conceptualización común del problema por parte de todas las disciplinas involucradas, pero también de la falta de elaboración de estrategias de intervención concretas y consensuadas que atiendan estas problemáticas (Alvarado, 2013; Fasano, 2013).

A su vez, entre los artículos 20 y 25 se encuentran las disposiciones de la Ley en lo relativo a las internaciones involuntarias, es decir, aquellas que se efectúan sin el consentimiento de la persona sobre la que aplica la intervención. El texto menciona como único criterio que habilita a los equipos de salud mental a indicar una internación involuntaria: el riesgo cierto e inminente, para sí y/o para terceros, determinado en relación a la persona evaluada. Se trata de una noción que remite a la inminencia de daño y a la convicción subjetiva del equipo de salud respecto de la



ocurrencia de dicho daño en caso de no intervenir de manera perentoria con una indicación de internación. En línea con ello, La Ley explica las obligaciones de los equipos de salud en caso de una indicación de internación involuntaria que incluyen un riguroso informe profesional de evaluación y una serie de prácticas a realizar por parte de los equipos de salud mental luego de indicada la internación involuntaria, con un plazo de notificación al Juez de no más de 48 horas (Cámara, 2017).

La Secretaría de Emergencias y Traslados de la provincia de Santa Fe, también conocida como el Servicio de Emergencias Médicas (SET 107), no es ajena a la realidad que se desprende de las debilidades y falencias de la Ley Nacional de Salud Mental.

El SET está distribuido en toda la extensión provincial y tiene la misión de velar por el Derecho a la Salud asistiendo urgencias y emergencias en el espacio pre-hospitalario como así también cumpliendo las funciones de traslado de pacientes. Esta Red de soporte es clave en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) por cuanto funciona como articuladora del total de la oferta provincial de servicios, enlazando niveles de atención en función de las necesidades de la población y vinculando a los distintos establecimientos de la Red de Servicios a través de su sistema de comunicaciones (SFP-RAS, 2023).

Los efectos de una Ley aplicada ante una estructura sanitaria que no está preparada, una dinámica de externaciones compulsivas a redes inexistentes, y una falta total de decisión política para generar el cambio real en el abordaje, atención y protección de la salud mental, se reflejan también en una creciente demanda al SET de asistencia de crisis psiquiátricas agudas e internaciones involuntarias solicitadas a través de oficios judiciales, en una búsqueda desesperada de familiares por una respuesta.

En este marco, el presente estudio se propuso evaluar el impacto en el SET 107 de los Traslados Médicos Judiciales (TMJ) solicitados para llevar a cabo las mencionadas asistencias en el área del Gran Santa Fe, en términos de la estructura general disponible para dar respuesta al evento. Bajo la hipótesis de que los TMJ puedan no llegar a ser importantes en valores absolutos respecto al resto de los eventos cubiertos por el servicio, pero sí lo es el mencionado impacto, se espera que los resultados obtenidos contribuyan a visibilizar la realidad del servicio frente a esta demanda, y sean un aporte para afrontar el desafío de construir un sistema de salud cada vez más integrado, inclusivo y eficiente.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. SALUD MENTAL Y PADECIMIENTO

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a la *salud mental* como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (DNSMA, 2013).

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de (DNSMA, 2013):

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

En este marco, entiéndase por *padecimiento mental* a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.



3.2. LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

3.2.1. Aspectos Generales (DNSMA, 2013)

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada por el Congreso de la Nación el 25 de noviembre del año 2010, publicada en el boletín oficial en fecha 3 de diciembre del mismo año y promulgada por Decreto del Poder Ejecutivo el día 28 de mayo del año 2013.

La misma está en plena vigencia y, por tratarse de una ley de orden público, no requiere la adhesión de las provincias para ser implementada. Establece como ámbito de aplicación, los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan.

Es una ley que se organiza a partir de considerar la salud mental como un derecho, lo cual ubica al derecho como principal referencia y supone la transformación de los sujetos afectados por la ley, quienes pasan de ser “objeto de asistencia” a “sujetos de derecho”.

Entre los 43 artículos que contiene la Ley, el art. 1 de asegura el derecho a la protección de la salud mental y el goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se encuentren en nuestro país, teniendo en cuenta los instrumentos internacionales de derechos humanos y las legislaciones provinciales que avalen dichos derechos. El término “enfermedad mental” -en el que se fundaba un paradigma clínico psiquiátrico- es sustituido por otro más inespecífico y más abarcador como el de “padecimiento mental” (sección 2.1).

En su art. 2 recepta y considera parte integrante de esta ley a tres de los instrumentos internacionales como antecedentes: los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud de 1990, y también se integran los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas de 2005.

En su art. 3, define a la salud mental (sección 2.1).

A través de los art. 7 y 8, garantiza a las personas con padecimiento mental, el derecho a recibir tratamiento y a obtener la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades del paciente. Promueve a la integración familiar, laboral y comunitaria.

Expresa que la atención en salud mental sea por medio de un equipo interdisciplinario. Los tratamientos en cualesquiera de sus modalidades (con residencia, ambulatorio, casa de día y



medio día), serán realizados por equipos interdisciplinarios que reúna a diferentes profesiones, entre las que se menciona: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Enfermería y otras disciplinas, que colaboren con la tarea del defensor y ayuden a comprender más fielmente la voluntad de la persona asistida jurídicamente. Impulsa a garantizar los lazos sociales y a preservar la integración de los pacientes, para lo cual el Estado no solo debe cuidar que este permanezca integrado a la comunidad mientras realiza su tratamiento, sino que debe proveer la asistencia jurídica que asegure el ejercicio de los derechos cuando el paciente no puede hacerlo por sí mismo.

En lo que refiere a la internación, en líneas generales, en los arts. 14 y 1, la Ley Nacional de Salud Mental especifica que la internación debe ser empleada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, durante el cual debe promoverse el mantenimiento de los vínculos del sujeto con el medio y, a su vez, debe ser lo más breve posible. Además, contempla dos tipos de internación: voluntaria (art. 18) e involuntaria (art. 20). En la internación voluntaria, la persona presta su consentimiento informado para someterse a dicha internación, consentimiento que debe mantenerse durante todo el tiempo que ésta dure. Es decir, la persona decide por sí misma internarse para recibir el tratamiento adecuado, quedando al cuidado de los profesionales y autoridades del lugar donde se lleve a cabo esta internación. La internación es involuntaria cuando se efectúan sin el consentimiento de la persona sobre la que aplica la intervención, es decir, en los casos en que la persona no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad de internarse, se oponga al tratamiento que requiera la internación o cuando se trate de personas menores de edad.

En el art. 16 se indica que toda internación debe reunir, en un período de 48 horas, los siguientes requisitos: evaluación, diagnóstico interdisciplinario y motivos que la justifiquen. Asimismo, debe estar avalada por dos profesionales del servicio asistencial, uno de los cuales tiene que ser necesariamente psicólogo o psiquiatra. La persona con padecimiento psicosocial debe estar debidamente informada de las condiciones de la internación y el consentimiento será válido sólo en el caso en el que la persona se encuentre lúcida al momento de la internación, de lo contrario será considerada involuntaria. Si la internación voluntaria supera los sesenta días, el equipo interdisciplinario es el responsable de poner bajo aviso al Órgano de Revisión y al juez quien, en no



más de cinco días, deberá decidir si la internación continúa siendo de carácter voluntaria o si pasará a ser involuntaria.

Entre los art. 20 y 25 el texto hace mención específica a la internación involuntaria como recurso terapéutico excepcional -en ausencia de otra alternativa terapéutica e informando de la existencia de instancias previas que hayan sido implementadas con ese sujeto, si las hubiera- cuando mediare riesgo cierto e inminente, para sí y/o para terceros, determinado en relación a la persona evaluada. Estas internaciones tienen un plazo de diez días para ser comunicadas al juez competente y al Órgano de Revisión si están debidamente fundadas.

En el art. 23 se especifica el alta, la externación o los permisos de salidas correspondientes al equipo interdisciplinario de salud, sin requerir la autorización del magistrado. Además, deben trabajar en la transformación de la internación involuntaria en voluntaria, en la medida en que cese la situación de riesgo cierto o inminente.

El art. 27 prohíbe la creación de establecimientos de internación monovalentes, neuropsiquiátricos y manicomios, públicos o privados, y establece que las internaciones deben realizarse en hospitales generales. La Ley preveía el cierre definitivo de los hospitales monovalentes en el año 2020.

3.2.2. Antecedentes

A pesar de que la Ley 26.657 es la primera normativa nacional en el área de Salud Mental, Argentina adhirió a lo largo de los últimos años a una serie de tratados internacionales que son citados en el cuerpo de la ley (Chillemi, 2016):

- Declaración de Caracas (1990, OPS-OMS): se la considera un hito histórico en el desarrollo de los servicios de salud mental de las Américas, ya que promueve dos puntos que son clave: 1) La transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de modelos alternativos comunitarios. 2) La protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991): se los considera los estándares internacionales más completos ya que proporcionan directrices para implantar o evaluar los sistemas nacionales de salud mental. Establecen, además, que las personas con enfermedad



mental gozan de todos los derechos y libertades fundamentales contempladas en las convenciones generales de derechos humanos; perspectiva que reafirma la OMS en el 2001 en su “Informe Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Por otra parte, expone con claridad la responsabilidad que tienen los gobiernos de hacerse cargo de la salud mental de sus ciudadanos como de su salud física; y brinda un conjunto de recomendaciones de “gran alcance” referidas a dispensar tratamiento en la Atención Primaria, asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, prestar asistencia en la comunidad, etc.

- Conferencia de Brasilia “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas” (2005): reconoce los logros en relación a la adopción de los principios más centrales de la Declaración de Caracas, a algunas experiencias regionales, y discute los desafíos y retos por delante, entre ellos los vinculados a los altos niveles de violencia, la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, la conducta suicida y el alcoholismo.
- Consenso de Panamá (2010, OPS/OMS), mencionada en el Decreto que reglamenta la Ley Nacional N° 26.657: ubica al uso de sustancias psicoactivas en el ámbito de la salud mental y hace mención a un espacio de tiempo máximo para el fin de los manicomios en nuestro continente.

En Argentina existían con anterioridad a la Ley Nacional, siete leyes provinciales que apuntan a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental. Estas coinciden en el espíritu general que las sustenta y difieren en aspectos formales. En su mayoría coinciden en la utilización de la denominación sufrimiento o padecimiento mental, la cual será retomada en la Ley Nacional, si bien existen algunas excepciones, como la legislación de San Juan que habla de personas con trastornos de salud mental, o la de Entre Ríos que se denomina Ley de Enfermedades mentales (Hermosilla, 2012). Entre los principales antecedentes provinciales se pueden mencionar:

- Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental”, de la provincia de Río Negro (1991): promueve la des-institucionalización del paciente con sufrimiento mental, plantea a la internación como último recurso terapéutico, y apunta a la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de reinserción comunitaria (De Lellis, 2011; Chillemi, 2016).



- Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N°448 (2004): garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y propone, además, un proceso de desinstitucionalización progresivo (Chillemi, 2016).
- Ley N° 10.772 de la provincia de Santa Fe (1991): estipula la sustitución progresiva de las prácticas manicomiales hacia una clínica ampliada en el ámbito de lo comunitario, la constitución de una red asistencial y el privilegio de la estrategia de la APS como eje transversal de los tres niveles de atención, entre otros puntos relevantes (Chillemi, 2016).
- Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) (1999): propone la reinserción de pacientes internados en los monovalentes de la Provincia de Buenos Aires promoviendo redes sociales que actúen como soportes del proceso de externación (Chillemi, 2016).
- Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones N° 26.529, (2009): inaugura un cambio de paradigma en relación a la atención en salud mental, donde el usuario de los servicios es considerado fundamentalmente como sujeto de derechos. Los principales tópicos refieren a la confección y manejo de la historia clínica, la validación de las directivas anticipadas y el consentimiento informado como garantía de autonomía de las personas (Hermosilla, 2012).

3.2.3. Principales críticas a la Ley Nacional de Salud Mental

Críticas vinculadas a la interdisciplina: El principal obstáculo observado respecto a la interdisciplina se centra en que es un objetivo muy fácil de promover desde lo discursivo, pero muy difícil de practicar por varias razones, entre ellas: implica un ejercicio de modestia y humildad muchas veces ausente; el proyecto habla de un equipo interdisciplinario indefinido, habiendo materias que no están realmente descriptas; sumado a que ciertas incumbencias podrían asociarse al rol exclusivo del psiquiatra. Además, la noción de criterios terapéuticos interdisciplinarios no existe en la nomenclatura médica; y la prescripción de fármacos es un acto médico y no un acto interdisciplinario (Russo, 2010; Hermosilla, 2012).

Críticas vinculadas a la disposición de internaciones/externaciones: Fue ampliamente criticado desde el sector médico el artículo que hace referencia a quiénes pueden firmar una internación, determinando que se puede prescindir del psiquiatra. La postura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), por ejemplo, es que la internación es un acto exclusivamente



médico, siendo el psiquiatra el único profesional capacitado para realizar un diagnóstico diferencial (Hermosilla, 2012).

Críticas al cierre definitivo de instituciones monovalentes: Uno de los peligros, no infrecuente, es la clausura de los servicios hospitalarios monovalentes sin alternativas sustentables en la red asistencial. De hecho, la experiencia internacional más sólida en el área aconseja la transformación gradual de los hospitales monovalentes, para dotarlos de recursos que sean modernos y adecuados, y así garantizar la mejor atención posible (Cía, 2010). Muchas opiniones sostienen por lo tanto que los hospitales monovalentes deberían continuar existiendo, pero con las adaptaciones pertinentes, refuncionalizando el sistema (Alem, 2009).

Es importante comprender que, hablar de desmanicomialización no se trata necesariamente -o solamente- del cierre de las instituciones de internación, ya que el paciente puede ser cosificado más allá del dispositivo del que sea usuario, es decir, esto puede ocurrir también en consultorios externos, en la guardia, etc. En cambio, implica una reforma de las políticas públicas -avaladas por la ley- con el consecuente cambio en el imaginario social ligado a las representaciones de la enfermedad mental (Brunetti, 2011).

Críticas vinculadas a la viabilidad: Estas críticas refieren a las escasas posibilidades de operacionalizarla. Algunas opiniones plantean la necesidad de la existencia de una ley de salud mental, pero no debiendo ser declarativa. Debería garantizar recursos y no simplemente enunciar (Fontán, 2010). Otros planteos apuntan a que una ley que utiliza el verbo “promover” es escasamente dispositiva y su utilización no parece una definición precisa de orden legal y de política sanitaria (Pellegrini, 2009).

3.3. SECRETARÍA DE EMERGENCIAS Y TRASLADOS (SET): FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

3.3.1. Misión y Función

La Secretaría de Emergencias y Traslados de la provincia de Santa Fe, más conocida en el territorio como el Servicio de Emergencias Médicas 107 (SET 107), está distribuido en toda la extensión provincial, asistiendo urgencias y emergencias en el espacio prehospitalario como así también cumpliendo las funciones de traslado de pacientes. Todo ello, asegurando la disponibilidad de los



medios necesarios para el acceso de los pacientes de la Red Pública de Servicios de Salud a medidas terapéuticas adecuadas en tiempo oportuno, ya sea mediante acciones directas o a través de dispositivos de coordinación (MSPSF, 2015; SFP-RAS, 2023).

Sus funciones se detallan a continuación (MSPSF, 2015):

- Procurar el desarrollo de una Red Provincial de Emergencias Sanitarias incorporando a la totalidad de las localidades provinciales desde una perspectiva de regionalización e integración de recursos.
- Dirigir a través del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias 107 (SIES 107) la respuesta integral del Sistema Público de Salud en materia de emergencias, urgencias y traslado de pacientes.
- Contribuir a la articulación del funcionamiento en red de los diferentes sistemas y subsistemas de atención de la salud de la provincia aportando desde las competencias de las áreas a su cargo.
- Promover e implementar programas de formación de Voluntarios en Emergencias Sanitarias (VES) mediante la capacitación de miembros de la comunidad a través del Programa VES y demás programas homologados por el Ministerio de Salud.
- Administrar integralmente la flota de vehículos sanitarios, decidiendo la asignación y reasignación de su destino, modalidad de funcionamiento, y toda cuestión ligada a su operatividad y logística con relación a las directrices que establezca el Proyecto Sanitario Provincial.
- Asegurar la recepción, el procesamiento, la gestión y el seguimiento de las solicitudes de camas para derivación de menor a mayor complejidad y viceversa, turnos para estudios de alta complejidad y turnos para traslado de pacientes provenientes de la Red Pública de Salud a través de las Centrales de Derivaciones y Traslados de las Regiones de Salud.
- Contribuir con la recepción adecuada y oportuna de pacientes por parte de los efectores de salud, respetando su capacidad resolutive y disponibilidad operativa asumiendo el cuidado de las condiciones de salud durante la atención inicial y el traslado.
- Promover la capacitación continua y la educación permanente del personal con tareas asignadas a la Red de Emergencias y traslados desde un enfoque interdisciplinario e integrador que dé cuenta de las necesidades de la población y el Proyecto Sanitario Provincial.
- Coordinar las acciones de actores públicos y privados en casos de emergencias, catástrofes o crisis, en particular los referidos a víctimas múltiples o en masa, a efectos de unificar y maximizar



esfuerzos en defensa del Derecho a la Vida, la Salud y el respeto por los Derechos del Paciente, en estrecha articulación con otras áreas ministeriales, dependencias del Estado provincial y gobiernos locales.

- Ofrecer el soporte tecnológico y de comunicaciones de las áreas a su cargo para el alojamiento y desarrollo de actividades dirigidas a la articulación de efectores, interconsultas, capacitación que sean requeridas en función de la integralidad y equidad del sistema de salud provincial.
- Colaborar con el sistema de información sanitaria de la Provincia de Santa Fe aportando al diseño y fundamentalmente la implementación de subsistemas de información con fines estadísticos, asistenciales y de programación de políticas de salud en la Red Provincial.
- Asegurar un sistema seguro y eficiente de archivo de documentación clínica que garantice el libre acceso del paciente a su Historia Clínica mediante la aplicación de las normativas nacionales y provinciales vigentes.
- Desarrollar estrategias comunicacionales que promuevan acciones de información, educación y difusión que coadyuven a la Misión del organismo en un todo de acuerdo con la política de comunicación y prensa del Gobierno Provincial.
- Efectuar periódica y sistemáticamente el relevamiento y actualización de los recursos públicos y privados dirigidos dar respuesta ante emergencias sanitarias a efectos de una mejor planificación y programación presupuestaria.

3.3.2. Centrales Operativas Territoriales del SET 107

Las Centrales Operativas Territoriales (COT) son núcleos de articulación, concentración, distribución y redistribución de recursos, capacidades e información, y se encuentran en puntos estratégicos del territorio provincial. La Red de Emergencias del SET 107 está constituida operativamente por dos (2) Centrales de Gestión de Camas Derivaciones y Traslados (Zona Norte, funciona en Santa Fe y Zona Sur, funciona en Rosario) y por cinco (5) Centrales SIES 107 en cabeceras de Región a saber: Avellaneda, Rafaela, Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto (**Figura 1**) (MSPSF, 2015).

Los criterios de localización de las COT tuvieron en cuenta cuestiones como las características geográficas, las densidades poblaciones, la complejidad de los problemas de salud de la región y el contexto socio-comunitario.

Las COT gestionan las demandas de la emergencia y los traslados de la subregión y están en comunicación con la Central de Emergencia Territorial de su nodo (CET). Cada CET, organiza, integra y gestiona lo que cada COT informa, desviando recursos según las necesidades del momento en la red. De esta manera, se busca optimizar los recursos materiales, humanos y de tiempo, para brindar las atenciones oportunas a la comunidad (MSPSF, 2015).

Esta Red de soporte es clave en el desarrollo de la estrategia de APS por cuanto funciona como articuladora del total de la oferta provincial de servicios, enlazando niveles de atención en función de las necesidades de la población y vinculando a los distintos establecimientos de la Red de Servicios a través de su sistema de comunicaciones (SFP-RAS, 2023).

El SET trabaja por intermedio del SIES con el fin de cumplimentar con la Emergencia de manera

Figura 2: Fuerzas y actores que trabajan conjuntamente con el SET para dar respuesta a una emergencia (MSPSF, 2015).

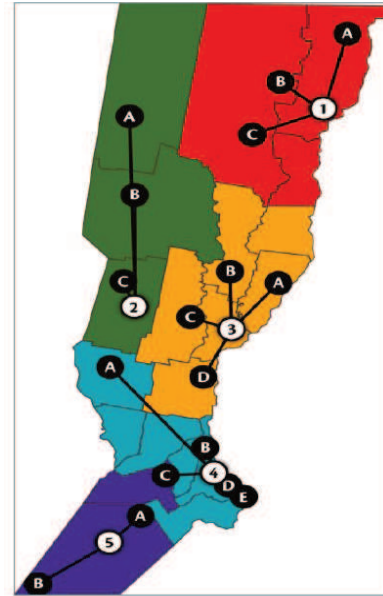


óptima. Es decir, el trabajo es conjunto e integrado con otras fuerzas y actores (**Figura 2**), respetando la especificidad de cada uno, pudiendo intervenir los Voluntarios en Emergencias Sanitarias (VES), el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), los primeros auxilios, la policía, los bomberos, los agentes de tránsito, entre otros. A su vez, trabaja coordinadamente con las comunas y municipios para dar forma y legitimidad a la Red, respetando la diversidad de realidades ambientales, geográficas, culturales y sociales (MSPSF, 2015).

3.3.3. Proceso de trabajo en la Central 107

Las centrales de emergencias del 107 están dotadas de las tecnologías adecuadas de sistemas informáticos y comunicaciones integradas. Esto permite recibir la llamada a través de la línea 107

Figura 1: Distribución de las Centrales SIES 107 en la provincia de Santa Fe (MSPSF,





desde cualquier punto del territorio provincial, donde será contestado por la central más próxima del solicitante/usuario. Ej.: si un ciudadano sufre un accidente en la Ruta Nº 1 km 5, localidad de Rincón, y activa al 107, será atendido por la central más próxima a su llamado que correspondería a la de la ciudad de Santa Fe (MSPSF, 2015).

La llamada es tomada por los operadores que, una vez que reúnan los datos de la localización del lugar de la demanda, efectuarán un breve interrogatorio según protocolos de preguntas establecidos por cada tipo de solicitud. Con ayuda del médico regulador, establecerán la prioridad y orientación diagnóstica o juicio crítico orientativo de la situación del solicitante, para facilitar la respuesta. El *triage* realizado o clasificación de la llamada de atención sanitaria urgente/emergente, es un paso básico para establecer la prioridad de la asistencia. De esta clasificación va a depender la rapidez de la respuesta de los recursos que se le asignen, teniendo en cuenta la distancia al lugar del suceso y las unidades disponibles en cada momento (MSPSF, 2015).

De esta manera, la central de emergencias clasificará la demanda asistencial según la gravedad y el tiempo de respuesta apropiado, en las siguientes prioridades con sus respectivos códigos (**Tabla 1**):

1): **Tabla 1:** Tipos de auxilios brindados por el SET 107 según código de color, prioridad de salida y tiempo estimado de arribo (MSPSF, 2015).

TIPOS DE AUXILIO	CODIGO	PRIORIDAD SALIDA	Arribo
EMERGENCIA	ROJO	UNO	8 MINUTOS
URGENCIAS	AMARILLO	DOS	15 MINUTOS
CONSULTAS	VERDE	TRES	30 MINUTOS o diferido
TRASLADOS PROG	AZUL	CUATRO	30 MINUTOS o diferido

Ante un servicio, el equipo que constituya la dotación de la unidad deberá responder inmediatamente, al llamado de la central por el equipo de comunicaciones. Éste puede ser, según el motivo de llamada del usuario a la central, en: emergencia, urgencia, consulta, traslados programados. El tiempo de salida desde la toma de conocimiento del servicio hasta el abordaje del móvil, se respetará según protocolos internacionales. La dotación decidirá según el domicilio y la visualización de la escena, el pedido de apoyo policial y su punto de encuentro (MSPSF, 2015).



Al arribo de la unidad al domicilio/lugar solicitado, deberá avisar por el medio de comunicación correspondiente a la central. Luego de la evaluación de la situación y /o cuadro clínico y/o sujeto de derecho la dotación podrá solicitar (MSPSF, 2015):

- Unidad con médico (en el caso que la primera unidad no lo tuviera)
- Servicio de *shock room*
- Evaluación por guardia de tercer nivel
- Evaluación por guardia de segundo nivel
- Servicio policial por paciente óbito
- Servicio policial por disturbios o escena insegura.

Si es una emergencia y el móvil cuenta con médico, el móvil se trasladará al lugar de complejidad adecuada según patología del sujeto de derecho. Si la dotación es solo con enfermero, y es una emergencia, se trasladará al lugar más cercano con médico (MSPSF, 2015).

En el caso concreto de problemas psiquiátricos en agudo e internaciones involuntarias, eventos que implican *Traslados Médicos Judiciales (TMJ)*, los mismos llegan al SET a través de Oficios Judiciales, en manos de familias desesperadas en busca de una respuesta, sus representantes legales o integrantes de ONGs. Los Oficios Judiciales involucran a tres patas del sistema para buscar dar esa respuesta: la Central 107, la policía y el hospital. Cuando las tres partes intervinientes se encuentran notificadas, se da inicio a la coordinación de recursos para concretar la directiva judicial. La particularidad “técnica” de los TMJ es que su abordaje por el SET implica siempre enviar unidades medicalizadas (constituidas, al menos, por un chofer, un enfermero y un médico) debido al alto riesgo de descompensación psiquiátrica y la posible necesidad de compensarlo farmacológicamente y/o indicar inmovilización física.



4. HIPÓTESIS

Si bien los Traslados Médicos Judiciales (TMJ) no representan un peso importante en términos de frecuencia respecto al resto de los eventos abordados por la Secretaría de Emergencias y Traslados (SET 107), su impacto en términos de demanda logística sí es significativo para la estructura general del servicio que debe dar respuesta a dichos eventos.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de los Traslados Médicos Judiciales (TMJ) en la Secretaría de Emergencias y Traslados (SET) del Gran Santa Fe, en términos de demanda logística, tras un periodo de diez meses.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la distribución de los TMJ respecto al resto de los eventos notificados según variables de interés (periodo y lugar de ocurrencia, prioridad del evento, víctimas).



- Caracterizar la logística que demanda los TMJ desde el punto de vista de la estructura general disponible para dar respuesta al evento.
- Evaluar el impacto de los TMJ en el SET 107 en términos de demanda logística a través de indicadores específicos construidos para tal fin y de un análisis crítico de la información descriptiva generada.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño y tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

6.2. Área y periodo de estudio

El estudio se llevó a cabo en el área geográfica del Gran Santa Fe, incluyendo las localidades de Santa Fe, Santo Tomé, Recreo, Rincón y Sauce Viejo, y las comunas Monte Vera, Ángel Gallardo, Arroyo Leyes y Colastiné.

El periodo de estudio comprendió desde el 1 de enero de 2023 al 31 de octubre de 2023 (10 meses).

6.3. Población de estudio y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en una población objetivo que consistió en todos aquellos eventos en materia de emergencias, urgencias y traslados de pacientes

(incluyendo los Traslados Médicos Judiciales (TMJ)) notificados a la Secretaria de Emergencias y Traslados (SET) a través del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias 107 (SIES 107), dentro del Gran Santa Fe, entre el 1 de enero de 2023 al 31 de octubre de 2023.

La muestra de estudio quedó conformada por toda la población accesible que cumpliera con los siguientes criterios de inclusión:

- Evento en materia de emergencias, urgencias y traslados de pacientes notificados y abordados por el SET 107 para el periodo y área de estudio.
- Evento cuya cobertura implique (siempre o a veces) la movilidad de, al menos, una Unidad de Terapia Intensiva Móvil medicalizada (UTIM).

Como criterios de exclusión se consideraron a aquellos eventos que no cumplieran con alguno de los criterios de inclusión preestablecidos, y/o que no contaran con al menos el 80% de los datos asociados a las variables de interés.

6.4. Variables e indicadores de estudio

Como parte del primer objetivo específico propuesto, se consideraron analizar las variables que se describen en la **Tabla 2**.

Tabla 2: Variables analizadas en el estudio, según definición operacional, tipo y escala de medición.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Evento SET 107	Evento en materia de emergencias, urgencias y traslado de pacientes notificados a la SET a través del SIES 107, que puedan requerir una UTIM.	Cualitativa nominal	- TMJ: Traslado Médico Judicial - Otros eventos (OEV*)
Periodo de ocurrencia del evento	Mes del año en el que se registró la ocurrencia del evento.	Cualitativa ordinal	- Enero, febrero, marzo,... octubre.
Franja horaria de ocurrencia del evento	Franja horaria en la que se registró la ocurrencia del evento, dentro del rango comprendido entre las 00:00 y 23:59 h	Cualitativa ordinal	- 00:00 h a 5:59 h - 6:00 h a 11:59 h - 12:00 h a 17:59 h - 18:00 h a 23:59 h
Lugar de ocurrencia del evento	Lugar (localidad o comuna) en el que se registró la ocurrencia del evento.	Cualitativa nominal	Santa Fe, Santo Tomé, Recreo, Rincón, Sauce Viejo, Monte Vera, Ángel Gallardo, Arroyo Leyes, Colastiné.
Código de Prioridad del evento	Código de color que establece la prioridad de la asistencia (rapidez de la respuesta y recursos) tras el <i>triage</i> o	Cualitativa nominal	- Rojo (prioridad 1) - Amarillo (prioridad 2) - Verde (prioridad 3)



	clasificación de una llamada de atención sanitaria urgente/emergente al 107.		
Víctimas	Número de víctimas (personas afectadas) en el Evento SET 107 en cuestión.	Cuantitativa discreta	- 1, 2, 3 ... n

(*) OEV: AVP: accidente vía pública; DER: derivación; DTE: mareo - desorientación – inestabilidad; TR: traslado; C: convulsiones; PS: problemas psiquiátricos; DPR: dificultad para respirar; TOX: intoxicaciones; PDC: pérdida de conocimiento; DT: dolor torácico; DA: dolor abdominal; TP: trabajo de parto; HAF: herida arma fuego; SUI: suicidio o intento de suicidio; TMJ: traslado medico judicial; HAB: herida arma blanca; OBI: constatación de óbito; DBT: problema asociado a diabetes; CDA: caída de altura; AEM: apostamiento especial móvil; HON: hemorragia orificios naturales; PCR: paro cardio-respiratorio; HTA: hipertensión arterial; CP: convulsiones pediátricas; TCM: traslado con medico; Q: quemaduras; DPH: dificultad para hablar; PIC: picadura; ALE: reacciones alérgicas; ELE: descarga eléctrica; ABX: intento y/o abuso sexual; ACV: accidente cerebro vascular; AES: apostamiento especial supernumerario; AB: aborto; PAL: palpitaciones; VAR: varicorragia; VIS: victima inmersión / sumersión; HC: herida cortante; ASF: asfixia; POF: problemas oftalmológicos; CAT: catástrofes.

Respecto al segundo objetivo propuesto, la logística demandada por los TMJ se describirá desde la estructura general disponible para dar respuesta al evento. La apreciación o evaluación de dicha estructura pretende conocer en qué medida y/o de qué manera los recursos son empleados para obtener los resultados esperados. En el presente estudio, como componentes básicos de la estructura se describirán:

- Recursos materiales: específicamente, unidades móviles asignadas por cada TMJ.
- Recursos humanos: personal asistencial implicado y/o movilizado en un TMJ.
- Recurso tiempo: tiempo estimado de respuesta del SET ante cada TMJ.

Como parte del tercer objetivo específico, se construyeron los indicadores que presenta la **Tabla 3**. Se entiende por indicadores a aquellas características o cambios específicos, observables y medibles que dan cuenta del progreso de una intervención o de una dimensión importante de la misma. En este caso, la intervención refiere a la asistencia o abordaje del evento en cuestión, y la dimensión a medir o evaluar referirá a la logística/estructura requerida para alcanzar dicho propósito (descrita en el punto anterior).

Tabla 3: Indicadores construidos para medir el impacto de los TMJ en el SET desde una perspectiva de la demanda logística.

Objeto de medición del indicador	Definición/ Cálculo	Fuente de datos
Estructura (recursos móviles)	- Promedio de unidades móviles utilizadas por TMJ - Promedio de unidades móviles utilizadas por OEV - Porcentaje de unidades móviles utilizadas para el	Registros SIES 107

	<p>total de TMJ: (Nº de unidades móviles destinadas a los TMJ / Total TMJ) *100%</p> <p>- Porcentaje de unidades móviles utilizadas para el total de OEV: (Nº de unidades móviles destinadas a los OEV /Total OEV) *100%</p> <p>Nota: [Las unidades móviles deberían incluir siempre las UTIMs en el caso de los TMJ, y siempre o a veces en el caso de los OEV]</p>	
Estructura (recursos humanos)	<p>- Porcentaje de trabajadores o personal asistencial movilizado para el total de TMJ: (Nº de trabajadores o personal asistencial /Total TMJ) *100%</p> <p>- Porcentaje de trabajadores o personal asistencial movilizado para el total de OEV: (Nº de trabajadores o personal asistencial /Total OEV) *100%</p>	Registros internos
Estructura (tiempo de respuesta)	<p>- Tiempo promedio entre que se genera en el servicio en el SET hasta que arriba la unidad móvil al lugar del evento que solicita un TMJ</p> <p>- Tiempo promedio entre que se genera en el servicio en el SET hasta que arriba la unidad móvil al lugar de OEV</p>	Registros SIES 107

6.5. Fuentes e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se utilizaron principalmente fuentes de información secundarias, basadas en los registros del SIES 107 para el periodo de estudio y registros internos.

Se complementó la información provista por lo mencionados registros, con aquella disponible en el “Manual Aspirantes 107” respecto a los tiempos de respuestas teóricos estimados según código de prioridad del evento.

Como fuente de información primaria, se consideró la observación en terreno del personal del SET, respecto a la dinámica del servicio en la práctica diaria.

6.6. Plan de análisis de resultados

Se confeccionó una base de datos donde se consolidaron los datos recabados de las distintas fuentes de información, para las distintas variables de estudio.

Para aquellas variables cualitativas se aplicó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas (de tiempo) se describieron mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión adecuadas.

Para comparar las variables categóricas de interés se utilizó la prueba de Chi2 con un nivel aceptable de significación estadística de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%.



Para medir el impacto de los TMJ desde una perspectiva de la demanda logística, se utilizaron los indicadores cuya definición y cálculo se muestran en la Tabla 3.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del estudio se contó con el aval y consentimiento ético de la Secretaria de Emergencias y Traslados. En el marco de la Ley 25.326 de protección de datos personales, la base de datos utilizada no incluyó datos ni identificadores personales de las víctimas involucradas en los eventos analizados y, en ningún caso, las variables estudiadas permitieron vincularse con una persona física particular. Toda la información recabada fue utilizada únicamente con los fines propuestos en el presente estudio.

8. RESULTADOS

8.1. Distribución eventos notificados al SET 107 según variables de interés

8.1.1. Eventos notificados según tipo

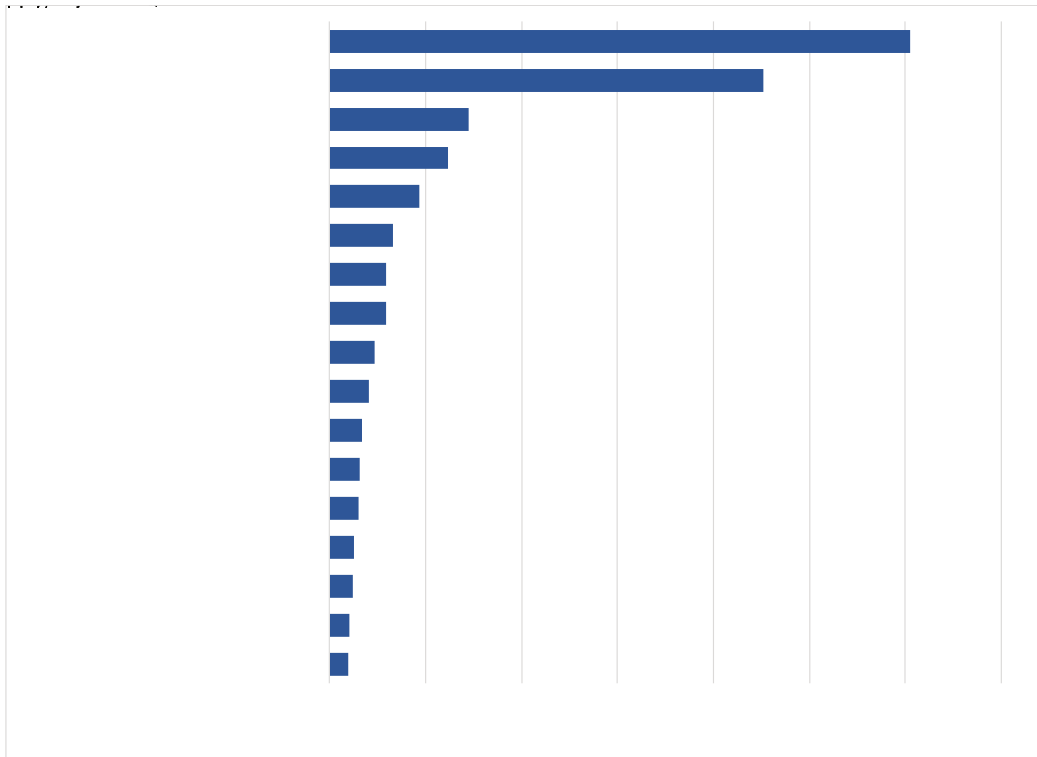
La población objetivo fue de 21953 eventos en materia de emergencias, urgencias y traslados de pacientes notificados al SET 107, dentro del Gran Santa Fe, entre el 1 de enero de 2023 al 31 de octubre de 2023. Considerando los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la sección de Metodología, la **muestra de estudio** quedó conformada por un total de **15340 eventos**.

Del total de eventos de la muestra la mayor proporción correspondió a Accidente en la Vía Pública (AVP), con un 30,2% (n=4636).

Los Traslados Médicos Judiciales (TMJ), concentraron el 1,2% (n=185) del total de eventos notificados y abordados para el mismo periodo. Es decir, se reportó 1 evento del tipo TMJ cada 82 eventos distintos a los TMJ (de ahora en adelante “otros eventos”: OEV).

La **Figura 3** muestra la distribución de los eventos registrados según tipo, para aquellos que concentraran el 1,0% o más del total de eventos de la muestra.

Figura 3: Frecuencia relativa (%) y absoluta (n) de eventos reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, en el Gran Santa Fe.



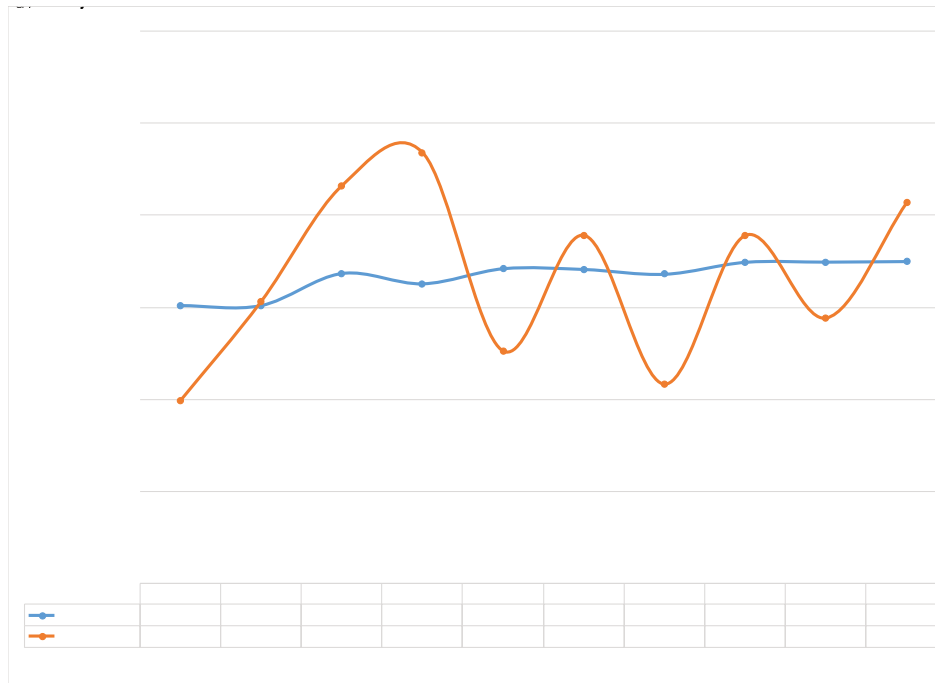
8.1.2. Eventos notificados según tiempo y lugar de ocurrencia

Al analizar la distribución de los eventos según el mes del año en el que ocurrieron para el periodo de estudio, se observó que, mientras que los OEV mostraron una distribución relativamente estable en el tiempo, los TMJ tuvieron una tendencia oscilante en el tiempo.

Concretamente, los OEV tuvieron un porcentaje de ocurrencia promedio del 10,0% por mes entre el total de OEV notificados desde enero a octubre de 2023 (n=15155), con un mínimo de 9,0% y un máximo de 10,5%.

En cuanto a los TMJ, si bien tuvieron un porcentaje de ocurrencia promedio también del 10,0% entre el total de TMJ notificados durante el periodo de estudio (n=185), la variabilidad fue considerablemente mayor respecto a los OEV, oscilando dicho porcentaje entre un mínimo de 5,9% y un máximo de 14,1% (p<0,05). La mayor frecuencia de TMJ se registró entre los meses de marzo y abril (**Figura 4**).

Figura 4: Distribución porcentual en el tiempo de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según mes de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe.

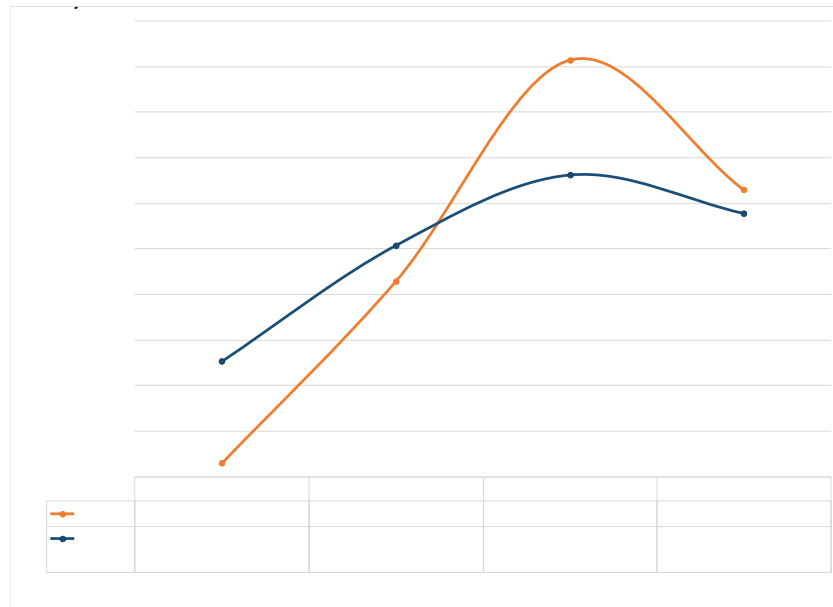


El análisis de la distribución de los eventos según la franja horaria del día en la que ocurrieron, devolvió que tanto los TMJ como los OEV tuvieron una mayor frecuencia de ocurrencia durante las 12:00 h. y las 17:59 h. para el periodo de estudio (**Figura 5**).

Mientras que los TMJ concentraron un porcentaje de reportes del 45,7% entre el total de TMJ notificados en dicha franja horaria, el porcentaje de ocurrencia de OEV fue del 33,1% entre el total de OEV para el mismo periodo del día.

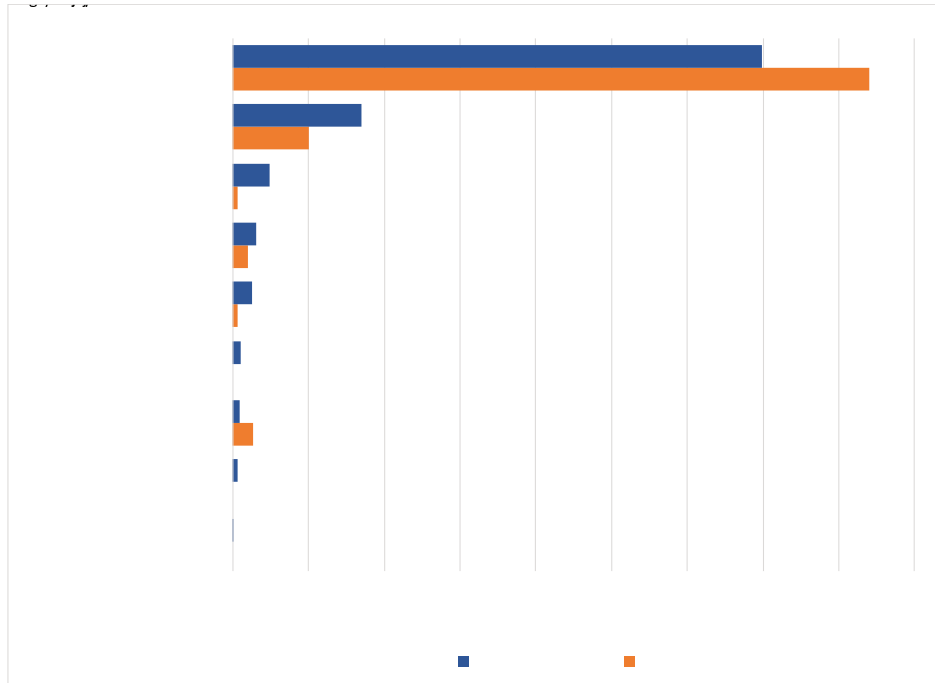
En ambos casos, la menor frecuencia de eventos se registró en la franja horaria comprendida entre las 00:00 h y las 5:59 h.

Figura 5: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según franja horaria de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe.



En cuanto a la localidad de ocurrencia de los eventos, tanto los TMJ como los OEV se reportaron con mayor frecuencia en la ciudad de Santa Fe; concentrando un porcentaje de reportes del 84,0% y del 69,8%, respectivamente, entre el total de eventos de cada tipo notificados en la localidad. Tanto para los TMJ como para los OEV, Santo Tomé fue la segunda localidad con mayor proporción de eventos de cada tipo (**Figura 6**).

Figura 6: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según localidad de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe.

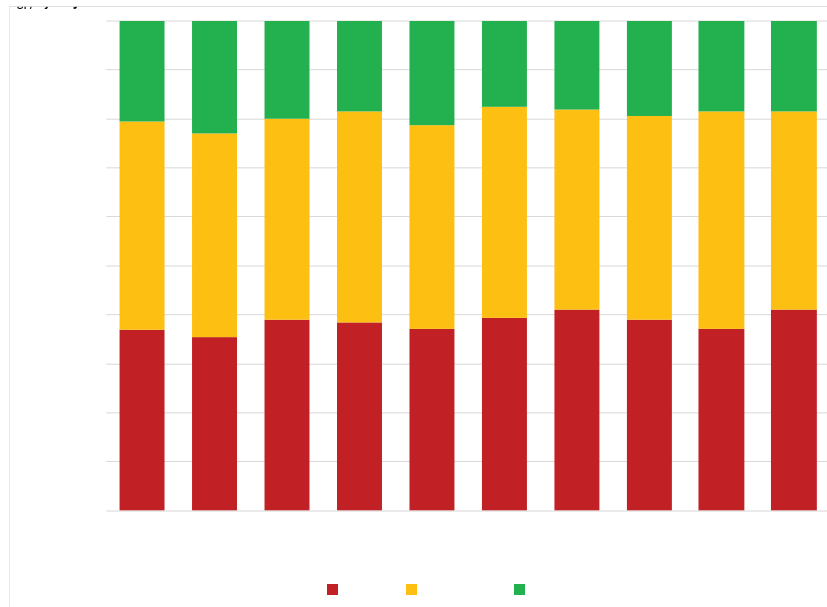


8.1.3. Eventos notificados según prioridad del evento y número de víctimas

La **Figura 7** y **Figura 8**, presentan cómo se distribuyeron en el tiempo los OEV y los TMJ, respectivamente, según la prioridad de asistencia (código de color) que requiere cada tipo evento. Del total de OEV (n=15155), un 38,4% fueron eventos con código rojo, un 42,1% fueron eventos con código amarillo y un 19,5% tuvieron código verde. Los OEV de distinta prioridad, se distribuyeron de manera estable a lo largo del tiempo (meses).

Al analizarse la franja horaria del día en la que ocurrieron los TMJ y los OEV de mayor prioridad, se obtuvo un resultado similar al obtenido al superponer la frecuencia de los TMJ y los OEV totales. Es decir, tanto los TMJ como los OEV tuvieron una mayor frecuencia de ocurrencia durante las 12:00 h. y las 17:59 h y una menor frecuencia durante la franja horaria comprendida entre las 00:00 h y las 5:59 h (**Figura 9**).

Figura 7: Distribución porcentual de los OEV (n=15155) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según código de color (prioridad) del evento. Gran Santa Fe.



Por su parte, los TMJ (n=185) fueron en un 95,2% de los casos, eventos con código verde, y en el 4,8% de los casos, eventos con código amarillo ($p < 0,05$). Los TMJ con código amarillo ocurrieron entre marzo y junio, y en el mes de septiembre. No se reportaron TMJ con código rojo entre el mes de enero y octubre de 2023 (**Figura 8**).

Figura 8: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según código de color (prioridad) del evento. Gran Santa Fe.

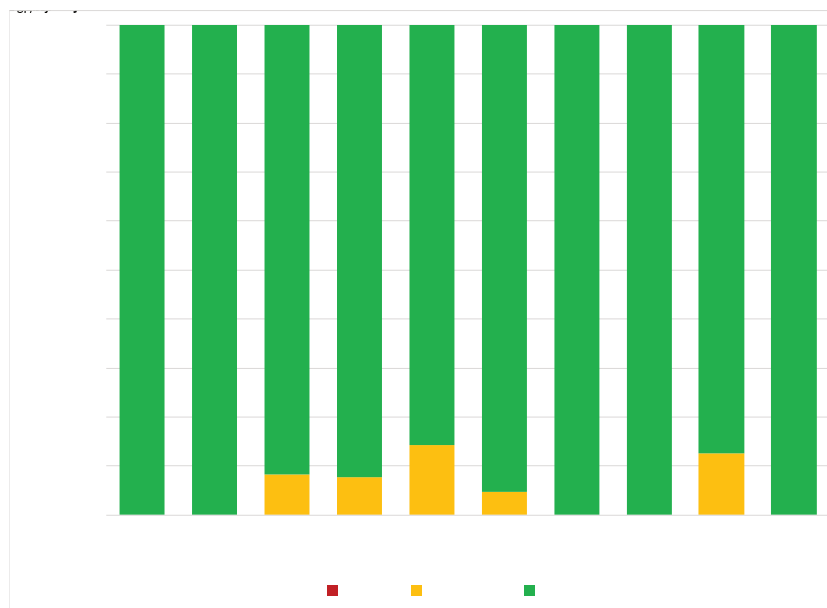
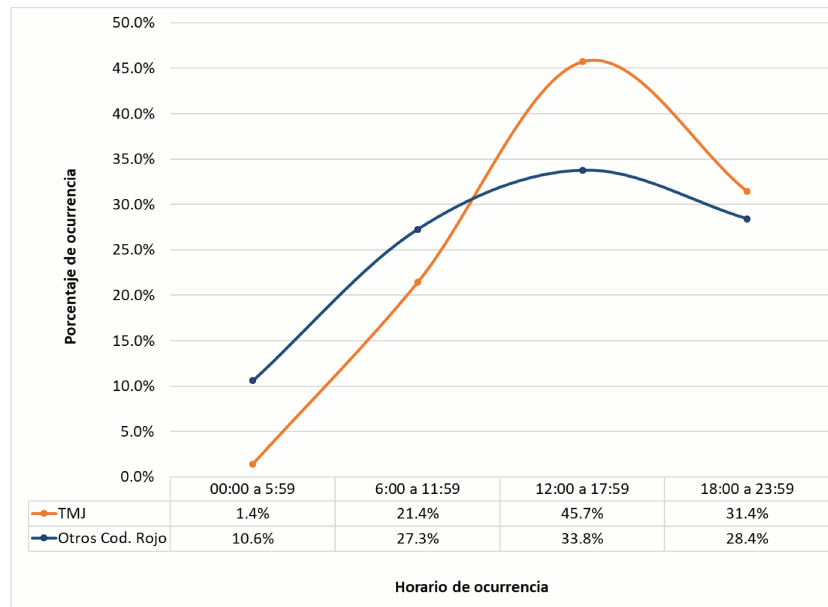


Figura 9: Distribución porcentual de los TMJ (n=185) y los OEV de código rojo (n=5833) reportados al SET 107 entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, según franja horaria de ocurrencia del evento. Gran Santa Fe.



Respecto al número de víctimas asociadas a cada tipo de evento, tanto en los TMJ como en los OEV, la mediana fue de 1 víctima por evento. Sin embargo, el rango de víctimas afectadas durante los meses de estudio fue considerablemente distinto según el tipo de evento. Mientras que en los TMJ no hubo más de 1 víctima por TMJ reportado, en los OEV dicho número varió entre un mínimo de 1 víctima y un máximo de 14 víctimas por evento reportado.

8.2. Descripción de la logística demandada por los TMJ al SET 107

La logística demandada por los TMJ en términos de la estructura general (recursos) requerida para dar respuesta al evento, se describe a continuación:

1- Recursos materiales representados por las unidades móviles asignadas por cada TMJ: Todos los móviles utilizados en los TMJ son Unidades de Terapia Intensiva Móviles (UTIM), es decir, poseen la complejidad de encontrarse medicalizada. Según los registros internos, el SET 107 cuenta con 15 unidades móviles totales abocadas al área del Gran Santa Fe, de las cuales 6 se encuentran medicalizadas. Este número sin embargo es dinámico y variable en la práctica,



pudiendo ser menor según las circunstancias (desperfectos mecánicos, imprevistos, licencias, seguros, etc.). Según lo registrado en los meses agosto, septiembre y octubre, el SET 107 ha estado trabajando al límite mínimo de UTIMs, con solo 3 unidades disponibles en la ciudad de Santa Fe.

Es importante mencionar que, además de las UTIMs, externos al SET, cada TMJ puede implicar la intervención de móviles policiales (uno o más), realizándose un trabajo conjunto con el 911. Los móviles policiales suelen ser solicitados para el acompañamiento en zonas rojas o calientes, situaciones donde se percibe un entorno violento, disturbios o escena insegura, y en contextos donde la demanda apremia.

2- Recursos humanos representados por personal asistencial implicado y/o movilizado en un

TMJ: En los Oficios Judiciales para internaciones involuntarias y problemas psiquiátricos en agudo (que requieren de los TMJ), el Juez involucra al SET 107, la policía y el hospital. Entre el personal que se envía en las unidades móviles medicalizadas del SET, se incluyen como mínimo tres personas: chofer, enfermero y médico, dado el alto riesgo de descompensación psiquiátrica y la posible necesidad de compensar a la persona asistida farmacológicamente y/o indicar inmovilización física. Como parte del personal de las UTIMs no hay psiquiatras ni psicólogos, pudiendo sí haber médicos generalistas, clínicos, terapistas y otras especialidades médicas variadas.

3- Recurso tiempo representado por el tiempo estimado de respuesta del SET ante cada TMJ:

El tiempo de respuesta del SET 107 ante una solicitud de TMJ se estimó a partir del “tiempo post-despacho” registrado para cada evento en las bases generadas por el SIES. El tiempo promedio de respuesta por TMJ para el periodo de estudio fue de 01 h. 38’ 36” [mín.: 00 h. 00’ 22” – máx.: 04 h. 33’ 25”].

8.3. Impacto de los TMJ en el SET 107

Como se mencionó en la sección Metodología, el impacto de los TMJ en el SET 107 se evaluó desde la perspectiva de los recursos básicos en juego para abordar cada evento (**Tabla 4**):

Tabla 4: Indicadores calculados para estimar el impacto de los TMJ en el SET 107 durante el periodo de estudio. Gran Santa Fe.

Indicador	Valor del indicador
	Promedio de unidades móviles utilizadas por TMJ: 1,1 [mín.: 0 – máx.: 3]
	Promedio de unidades móviles utilizadas por OEV: 1,1 [mín.: 0 – máx.: 5]
Recursos móviles	% de unidades móviles utilizadas para el total de TMJ:
	- 0 móvil: en el 18,9% de los TMJ
	- 1 móvil: en el 74,1% de los TMJ
	- 2 móviles: en el 6,5% de los TMJ
	- 3 o más móviles: en el 0,5% de los TMJ
	% de unidades móviles utilizadas para el total de OEV:
- 0 móvil: en el 21,4% de los OEV	
- 1 móvil: en el 72,4% de los OEV	
- 2 móviles: en el 5,5% de los OEV	
- 3 o más móviles: en el 0,7% de los OEV	
Recursos humanos	% de trabajadores o personal asistencial movilizado para el total de TMJ:
	- Menos de 3: en el 18,9% de los TMJ
	- 3 o más: en el 81,1% de los TMJ
	% de trabajadores o personal asistencial movilizado para el total de OEV:
	- Menos de 3: en el 82,0% de los OEV
	- 3 o más: en el 18,0% de los OEV
Tiempo de respuesta	Tiempo promedio entre que se genera el servicio en el SET hasta que arriba la unidad móvil al lugar del evento que solicita un TMJ:
	- Para el total de TMJ: 01:38:36 [mín.: 00:00:22 – máx.: 04:33:25]
	Tiempo promedio entre que se genera el servicio en el SET hasta que arriba la unidad móvil al lugar de OEV:
	- Para el total de OEV: 01:01:51 [mín.: 00:00:15 – máx.: 06:37:36]
	- OEV Cód. Rojo: 00:46:14 [mín.: 00:00:14 – máx.: 04:18:29]
- OEV Cód. Amarillo: 01:05:07 [mín.: 00:00:15 – máx.: 07:41:41]	
- OEV Cód. Verde: 01:14:13 [mín.: 00:00:16 – máx.: 07:52:38]	

9. CONCLUSIÓN



Sobre la base de los resultados obtenidos en el presente estudio en términos tanto de indicadores específicos como de un análisis descriptivo, se puede decir que se cumple la hipótesis planteada inicialmente. A continuación, se presentan las conclusiones que sustentan dicha afirmación. Las mismas buscan responder al objetivo general del estudio integrando los hallazgos con criterio, consistencia y claridad, por lo que no necesariamente los resultados más relevantes se presentan aquí en el mismo orden en los que se encuentran en la correspondiente sección de resultados:

Entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, para el área del Gran Santa Fe, los TMJ no representaron un peso proporcional importante respecto al resto de los eventos abordados por el SET 107; concentrando el 1,2% (n=185) del total de eventos notificados, incluidos en la muestra de estudio (N=15340).

Sin embargo, el impacto de los TMJ en la estructura del SET 107, en términos de recursos mínimos disponibles, sí se reflejó en varios de los resultados obtenidos.

Respecto a dichos recursos, para dar respuesta al área del Gran Santa Fe, durante el año 2023, el SET 107 contó con solo 6 unidades móviles medicalizadas (UTIMs) y por lo tanto útiles para realizar un TMJ, además de OEV que las requieran. De dichas unidades, en los últimos meses del periodo de estudio, el servicio ha estado trabajando al límite de UTIMs, con solo 3 unidades disponibles para la ciudad de Santa Fe y alrededores, que contaron con 3 trabajadores por unidad.

Si bien el promedio de unidades móviles (incluyendo las UTIMs) asignadas tanto a los TMJ como a los OEV fue de 1 unidad por evento, en el primer caso el máximo de unidades móviles utilizadas ha alcanzado un total de 3, mientras que en el segundo caso ha alcanzado un total de 5. Esta demanda de unidades móviles en oportunidades superior a la oferta disponible, se podría reflejar, por ejemplo, en casi un 19% de TMJ en los que no se ha enviado móvil alguno (siendo que, como ya se mencionó, son eventos que requieren siempre de una UTIM medicalizada), y en más de un 21 % de OEV a los que tampoco se les ha asignado una unidad móvil (pudiendo necesitarla siempre o a veces, dependiendo del tipo de evento y su contexto).

Los recursos móviles y humanos disponibles tienen relación directa con la eficiencia de la respuesta ante las distintas demandas. Si bien existe un tiempo de respuesta teórico ideal que debería cumplirse según la prioridad de asistencia (código de color) de cada evento, lo cierto es que, en la práctica, dichos tiempos fueron muy difíciles de cumplir.



Mientras que más del 95% de los TMJ fueron eventos con código verde, los OEV fueron en su mayor proporción eventos con código rojo (38,4%) y código amarillo (42,1%). Sin embargo, al analizar los tiempos de respuesta para cada uno de ellos, todos fueron muy superiores a los tiempos teóricos ideales: concretamente, el tiempo promedio entre que se generó el servicio en el SET hasta que arribó la unidad móvil al lugar del evento que solicitó el traslado fue de 01:38 h en el caso de los TMJ y de 01:01 h en el caso de OEV; variando en éstos últimos entre 00:46 mín. y 01:05 h para los códigos rojo y amarillo, respectivamente.

La brecha entre los tiempos de respuesta teóricos y los tiempos de respuesta reales es, quizás, el impacto más importante resultante de la limitante de recursos como así también de las características de la demanda (TMJ y OEV).

Entre dichas características se puede mencionar que, tanto los TMJ como los OEV, tuvieron una mayor frecuencia de ocurrencia durante las 12:00 h y las 17:59 h. Este no es un dato menor ya que para dar una respuesta oportuna y adecuada a las urgencias, emergencias y traslados, una superposición de eventos que requieren de recursos comunes y a la vez escasos, puede constituir un problema en la logística del servicio.

A esta situación se suma el hecho de que si bien los TMJ y OEV reportados tuvieron un porcentaje de ocurrencia promedio similar a lo largo de los 10 meses de estudio (10,0% entre el total de cada tipo de evento), en ciertos meses de año la variabilidad de ocurrencia fue considerablemente mayor en los TMJ respecto a los OEV (los cuales se mantuvieron relativamente estables en el tiempo). En dichas circunstancias, ante los picos máximos de ocurrencia de los TMJ, una superposición de franjas horarias entre los eventos, condiciona aún más una respuesta eficiente del servicio.

En línea con el punto anterior respecto a la relación recursos disponibles-superposición de eventos, aunque la mayor proporción de eventos totales ocurrieron en el área de la ciudad de Santa Fe, dicho porcentaje fue del 84,0% para el total de TMJ y de casi el 70,0% para el total de OEV, ocurriendo éstos últimos en un 17,0% de los casos en la ciudad de Santo Tomé. Es decir, los OEV implicaron una mayor cantidad de traslados de mayores distancias que los TMJ.

A la mencionada diferencia entre prioridades de asistencia y localización de los eventos, se suma el número de víctimas afectadas en cada traslado, valor que fue de 1 víctima en promedio para el total de eventos pero que, en el caso de los TMJ no superó esa cantidad en ningún momento del



periodo de estudio, mientras que en el caso de los OEV llego a ser de 14 víctimas por evento reportado.

Para finalizar, a estas características “técnicas” de la demanda, no se las puede dejar afuera de un contexto legal enmarcado en la ya descripta Ley de Salud Mental que, lejos de facilitar su abordaje, aumenta las tensiones del sistema.

Como ya se mencionó a lo largo del trabajo, las internaciones involuntarias llegan a las instalaciones del SET a través de oficios judiciales, para que se les brinde asistencia en conjunto con la policía y los hospitales. Cuando las tres partes intervinientes (SET 107, policía y hospital) se encuentran notificadas, da comienzo la travesía de la coordinación de recursos para concretar la directiva judicial. Travesía porque, en la mayoría de los casos, pos-externación, el paciente queda a la deriva dada la necesaria pero ausente red de contención, debiendo comenzar las familias nuevamente el derrotero judicial.

Recordemos que la Ley de Salud Mental indica que toda internación involuntaria (como recurso terapéutico excepcional) requiere, además de la comunicación al juez y de una evaluación, un diagnóstico interdisciplinario y motivos que la justifiquen en un período de 48 horas; el aval de dos profesionales del servicio asistencial, uno de los cuales tiene que ser necesariamente psicólogo o psiquiatra. Mientras que, la externación o alta le corresponde solo al equipo interdisciplinario de salud, sin requerir autorización del magistrado.

En dicho contexto, la tediosa dinámica atravesada por las familias se perpetúa en la mayoría de los casos, llegando a 5, 6 o más intervenciones legales por caso; y se ve penosamente agravada en el caso de los pacientes menores de 15 años de edad, ya que, la mayoría de las veces, ni siquiera las instituciones monovalentes cuentan con paidopsiquiatras.

A su vez, los escasos recursos observados en el SET (UTIMs con personal médico) son también parte de la situación actual de las otras dos patas del sistema que deben asistir a estos casos (escasez de camas en nosocomios mono y polivalentes, escasez de patrulleros con personal disponible, etc.).

Esta realidad, atravesada por una demanda creciente, carente de la decisión política necesaria para un abordaje y protección real de la salud mental, de una dinámica de externaciones compulsivas a redes de atención y contención inexistentes, y de una escasa respuesta de los nosocomios ante una estructura sanitaria que nunca se preparó adecuadamente para las



aspiraciones que la Ley persigue, no hace más que empujar a una tensión cotidiana, sobre todo entre los familiares de los pacientes que buscan respuestas y un sistema desgastado.

Quizás el resultado más importante que deja este estudio no es un dato concreto sino un interrogante. Deberíamos preguntarnos cuál es el costo, en términos de calidad y eficiencia del servicio SET 107 para con la población, que implica la actual dinámica de respuesta a los TMJ, si consideramos que: en su mayoría son eventos de baja prioridad a los que se asignan recursos de alta complejidad, que se superponen con la cobertura de otros eventos de mayor prioridad y número de afectados, frente a una estructura insuficiente y con un marco legal claramente muy difícil de operacionalizar.



10. BIBLIOGRAFÍA

- Alem L. (2009). Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, 127vo Cong., 10 (testimonio).
- Alvarado L. (2013). Ley Nacional de Salud Mental: Posibilidades para su implementación. Rev Estrategias: Psicoanálisis y salud mental; (1), 42-44. ISSN 2346-8696
- Asociación Psiquiatras Argentinos (APSA). (2019). Ley de Salud Mental, Desmanicomialización y Salud Pública: Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia. Informac Instit Doc. Recuperado de: <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>
- Brunetti, M. (2011). El trabajo interdisciplinario a partir de la ley nacional de salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cámara A, Paladino ME y Oñativia XA. (2017). Las internaciones involuntarias en la Ley 26657 y en el Régimen de Inimputabilidad Penal: Tensiones y actualidad de un debate en torno a la noción de peligrosidad. 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones - Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones, Ponencias.
- Chillemi I. (2016). Antecedentes e innovaciones de la Ley de Salud Mental. Rev. Analítica del Sur; (5), 1-6.
- Cía A. (2010). Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, 128vo Cong., 11 (testimonio).
- De Lellis, M, Sosa, M. (2011). Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población realizada en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA). (2013). Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013.
- Fontán L. (2010). Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, 128vo Cong., 14 (testimonio).



- Hermosilla AM, Cataldo R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657: Antecedentes y perspectivas. Rev. Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 4, núm. 2, 134-148. ISSN: 2250-5490.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (MSPSF). (2015). Manual Aspirantes 107. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228702/1197585/>
- Pellegrini J. (2009). Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, 128vo Cong., 17 (testimonio).
- Russo J. (2010). Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, 128vo Cong., 3 (testimonio).
- Santa Fe Provincia - Red de atención en salud (SFP-RAS). (2023). Red Provincial de Emergencias y Traslados. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-035/531>
- Tosi L, González SG, y Orellano CM. (2014). Un análisis desde la perspectiva de la psicología política de la nueva ley de salud mental N° 26.657. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-035/531>