



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “El rol de las y los Acompañantes Terapéuticos en procesos de continuidad de cuidados”

Autor:

Lucero, Mariana Clara – N.º DNI 30.845.474

Director/a:

Lic. Quirilao Cayupil, Héctor Manuel

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

29/07/2024

Firma autor/es

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariana Clara Lucero', is located at the bottom center of the page.

Índice

Dedicatoria.....	3
Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1.	7
Antecedentes Investigativos.....	7
Metodología.	12
Objetivo general.	12
Objetivos específicos.	12
Capítulo 2. Marco teórico.	13
Orígenes del AT, rol y función.	13
Recorrido de antecedentes teóricos que anteceden a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.	15
Marco teórico Salud Comunitaria y el abordaje de los AT.	16
Capítulo 3	19
Dispositivos de externación en los Hospitales Monovalentes de la Provincia de Bs As.	19
Antecedentes y análisis en las Regiones Sanitarias de la Provincia. de Bs As.	19
Ley que sustenta la praxis de los AT en la Atención Primaria de la Salud.	20
Experiencias de AT en Hospitales Generales. Hospital Doctor Noel Sbarra y Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.	25
Hospital Dr. Noel Sbarra.	25
Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.	27
El AT dentro de los Hospitales Generales, según la Ley de Salud mental 26.657....	28
Capítulo 4.	29
Resultados.....	29
Conclusión	30
Referencias bibliográficas.	32
Anexo 1.....	35

Dedicatoria.

Quiero agradecer a las personas que me acompañaron en todo este proceso académico. Quienes me apoyaron y me brindaron su contención.

A mi esposo Ariel, quien me acompaño y me brindo fuerzas, calidez, amor, todo su apoyo. A mis seis hermanos, hermanas y sobrinos/as, en donde saque de cada uno de ellos sus fortalezas, y eso me ayudo a motivarme, porque son admirables. Y se la dedico a mi papá y mamá, que ya no los tengo físicamente, pero brillan en mi corazón. Gracias a todas esas maravillosas personas que conforman mi universo.

Y también, me gustaría nombrar a mi tutor del trabajo final integrador, el Licenciado Héctor Quirilao, quien, con su paciencia y guía, me condujo hacia esta instancia.

Resumen

Esta investigación se basó en el concepto de continuidad de cuidados, desde el rol de las y los acompañantes terapéuticos. En perspectiva, a la Ley de Salud Mental N.º 26.657 (2010).

La revisión bibliográfica, permitió la obtención de datos relevantes, frente a los nuevos abordajes y/o dispositivos de atención y políticas de readecuación sanitaria sobre algunos dispositivos actuales de externación.

Extrajimos datos del programa “libre de manicomios”, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, de cuatro Hospitales Monovalentes.

A su vez, se tomó en cuenta el informe anual de Salud Mental del año 2022, de la Comisión Provincial de la Memoria, en el cual destacaron como problemática, el gran número de re internaciones y las faltas de dispositivos de acompañamiento en los procesos de externación.

Asimismo, se llevó a cabo dos entrevistas a personal del Hospital Sbarra (La Plata), y el Hospital de Alta Complejidad Del Bicentenario (Esteban Echeverría) ambos se encuentran en la Provincia de Buenos Aires. Con el fin de plasmar algunos antecedentes en los abordajes de inclusión de acompañantes terapéuticos, en procesos de continuidad de cuidados.

En conclusión, se detallaron nuevas construcciones en el campo del acompañamiento terapéutico, con el objetivo de promover la continuidad de cuidados, a los fines de evitar fragmentaciones en el proceso de salud.

Palabras claves: Acompañantes Terapéutico- Continuidad de Cuidados- Abordaje Comunitario. Niveles de atención de la salud.

Introducción

El presente trabajo integrador final, corresponde al ciclo de graduación de la carrera de grado de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, de la Universidad Gran Rosario.

La elaboración del trabajo, surge a los fines de investigar sobre el rol de las y los acompañantes terapéuticos en procesos de continuidad de cuidados.

Hemos realizado una investigación bibliográfica de tipo descriptiva, de carácter cualitativo, con entrevistas y recolección de datos retrospectivos de investigaciones sobre temáticas acordes al tema, a los fines de investigar y describir el rol del acompañamiento terapéutico dentro del proceso de continuidad de cuidados, en perspectiva de la Ley de Salud Mental N.º 26.657 (2010).

En primer momento, cuando se comenzó con la interpelación en relación a la pregunta de la investigación, surgieron varios interrogantes. Uno de ellos, fue en consonancia con la Ley de Salud Mental, frente al nuevo paradigma con bases comunitarias.

Y nos preguntamos, ¿qué avances y cambios se vienen realizando en el campo de las y los AT de acuerdo a los 14 años que se implementó la Ley.? ¿Qué dispositivos se vienen llevando a cabo?, en consonancia a que somos actores fundamentales en el engranaje de dicha Ley. ¿Cuáles son los programas, dispositivos y líneas de acción en el campo del acompañamiento terapéutico, a los fines de acompañar en la instancia de externación, a aquellas personas donde en algunas situaciones han estado gran parte de su vida institucionalizadas?

A partir de este nuevo paradigma, del modelo de Salud Comunitaria; cuyo cimiento es de políticas públicas y enfoque de derechos, es interesante hacer hincapié en la producción de políticas, dispositivos, programas, a los fines de garantizar los derechos básicos de las personas.

Hemos realizado un recorrido en antecedentes bibliográficos de dispositivos y programas de externación, en énfasis a la ley de Salud Mental, y a su vez diversos trabajos de investigación, sobre el concepto y abordaje de la continuidad de cuidados en el ámbito comunitario. En consonancia, de la ampliación en las dimensiones del campo del acompañamiento terapéutico, como estrategia en la inclusión en la continuidad de cuidados, siendo de enlaces en las intervenciones de la diversidad de espacios en las Unidades Sanitarias y Hospitales generales, casas de convivencia, Caps., CIC, programas sanitarios, Hospital de día, dispositivos de externación. A los fines de favorecer en políticas sanitarias de promoción y prevención en la salud.

Entendimos, la importancia de la implementación, en la construcción de entramados de acciones que faciliten los procesos de salud de cada persona. Creemos que el modelo de salud comunitaria, en consonancia con el de continuidad de cuidados son los ejes claves, hacia la construcción de abordajes, acciones, dispositivos, programas que beneficien a las personas y al sistema de salud.

Desde ahí fue nuestra búsqueda, en relación a la continuidad de cuidados en la Salud en general, porque no podemos separarla, la mirada integral responde al universo de esa persona, que comprende su historia- creencias, contexto cultural, social político, y las dimensiones, familiares, entorno significativo, etc. Si nos posicionamos desde esa integralidad, no vamos a hacer clasificaciones, separaciones, y dicotomías del cuerpo, mente, espíritu.

Capítulo 1.

Antecedentes Investigativos.

Teniendo en cuenta la investigación bibliográfica de temáticas relacionadas al rol de las y los AT en procesos de continuidad de cuidados, nos pareció pertinente investigar posterior a la Ley de Salud Mental N.º 26.657, en relación a las acciones que se vienen llevando a cabo; los diversos programas y/o dispositivos de atención, y propuestas para las personas que se encuentran institucionalizadas en los Hospitales monovalentes.

En la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud, desarrollo un Plan Provincial Integral de la Salud Mental, cuyo objetivo es proveer políticas integrales transformadoras, como meta desde el año el 2022 al 2027. Su objetivo principal es llevar a cabo políticas de acuerdo a las normas nacionales e internacionales que conforman los derechos humanos. Y sus ejes transversales corresponden al acceso a los derechos, con nuevos dispositivos de atención para las personas con padecimiento de salud mental y consumo problemáticos, a su vez la formación de equipos de salud para la construcción de nuevos escenarios de atención y cuidados, y el abordaje intersectorial hacia la participación comunitaria, también aludieron sobre el desarrollo de sistemas de comunicación para el seguimiento de procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Por ende, el Ministerio de Salud y la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias, en el ámbito público, impulsaron a la transformación y al diseño de políticas integrales que promueven el abordaje de salud mental comunitaria. Cuentan con el “Programa Buenos Aires Libres de Manicomios “, que describe el plan de adecuación de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Bs As, a los fines de sustituirlos con políticas transformadoras. (Ministerio de Salud y la Subsecretaria de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias, de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Teniendo en cuenta el mencionado programa, que acompaña los procesos de externación de las personas que estuvieron institucionalizadas por numerosos años. Los cuatro Hospitales monovalentes de la Provincia de Bs As que se encuentran en pleno proceso de readecuación, presentaron planes en el año 2021, acoplado a la Ley de Salud mental N.º 26.657. Los Hospitales son los siguientes; el Hospital Taraborelli (Necochea), Hospital Korn (Alejandro Korn), Hospital Estévez (Temperley), Hospital Cabred (Open Door).

El objetivo del programa, es la construcción de propuestas, dispositivos y modalidades de asistencia desde lo comunitario, en diversos niveles de apoyos y acompañamiento, por ejemplo, casas asistidas en la comunidad, proyectos laborales y equipos interdisciplinarios.

En el mencionado informe, las personas que se encontraban transitando internaciones en los hospitales psiquiátricos bonaerenses, el dato que nos brinda refiere a que el 42 %, llevaban institucionalizadas como mínimo 10 años, y otras personas que cursaron gran parte de su vida, entre 20 a 50 años.

El informe nos indica que hubo una reducción de un 35% de las personas que vivían en los pabellones crónicos. Este descenso generó el cierre de once pabellones. Actualmente, en esos espacios físicos se dictan oficios a los fines de una salida laboral, también proponen formaciones académicas de las carreras de acompañamiento terapéutico y de enfermería.

Asimismo, mencionaron que se encuentran (632) personas externadas. Las mismas, cuentan con un subsidio otorgado por el Ministerio de Desarrollo Social. Y (786) personas, con acceso al programa de inclusión laboral. No obstante, a su vez tuvieron el beneficio otorgado por el Banco Provincia, quienes les brindan garantías para los alquileres inmobiliarios, a los fines de que puedan alquilar viviendas.

Además, otros de los puntos que establecieron en el informe, es la integración a los equipos interdisciplinarios, profesionales que acompañen en las casas de convivencias para el apoyo de la vida diaria. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Informe Anual, 2021).

El siguiente antecedente bibliográfico, fue el aporte de la Comisión Provincial de la Memoria. Cabe destacar, que es un organismo que promueve políticas públicas de memoria y en defensa de los derechos humanos en democracia, es una entidad pública y autónoma. Los mismos, realizaron un informe anual de Salud Mental del año 2022, y destacan como problemática, el gran número de re internaciones durante el año 2021, los datos que describen son (812) ingresos, de los cuales (465) se establecieron en re internaciones. En donde acotan en las diferentes entrevistas que realizaron a los profesionales de salud mental, quienes identificaron y situaron el principal problema, en la falta de dispositivos intermedios en la comunidad para sostener el tratamiento ambulatorio. (Comisión Provincial de la Memoria. Informe anual de Políticas de salud mental, 2022).

Cabe mencionar, que los datos efectuados por el mencionado informe, dan un total de personas internadas a fines del año 2020 y proporciona de información que un 25 % se encontraban en un proceso de más de veinte años institucionalizados; y otro 36% llevaba entre 6 a 20 años. Estos registros son inquietantes en materia de recursos vigentes de externación y de políticas que sostengan el proceso que cada una de las personas se encuentran transitando.

También, se desprendió del presente informe, las frecuencias y las franjas horarias de la atención, aludiendo que no son acordes a las situaciones de salud mental y al total de las personas que acceden al servicio. Asimismo, relacionaron la cantidad de profesionales, versus el total de personas internadas y emergen datos preocupantes, como por ejemplo la notaria faltante, en los 4 hospitales monovalentes de profesionales vinculados a la externación.

El informe de la Comisión Provincial de la Memoria (2022), describió la cantidad de prestadores versus la cantidad de personas que podrían atender los profesionales de la salud. Relevo que hay un total de (47) AT y calcularon uno por cada 31 personas. También, los trabajadores sociales, en los cuales, los datos que indicaron, dan un total de (66) prestadores de la salud, por cada 22 personas. Y, por último, los Terapistas ocupacionales (27), donde calcularon uno por cada 54 personas. Esto es alarmante en cuanto a la falta de profesionales en el campo.

Asimismo, informó que hay falta de ofertas de actividades recreativas y/o terapias grupales. En efecto, los datos que arrojaron es que hay mucho para construir, deconstruir y por transitar, en materia de continuidad de cuidados.

En el tercer antecedente bibliográfico del Programa Redes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, (última actualización año 2022), analizamos lo siguiente: El programa está vigente desde el año 2009 y su misión es fortalecer redes de los diferentes niveles de atención. Con el objetivo de avanzar en la atención integral e integrada de las personas que utilizan servicios en los efectores públicos, a los fines de favorecer las redes de referencia y contrarreferencia, para potenciar acciones de prevención y promoción de la salud permitiendo la coordinación entre las instituciones de salud.

Por consiguiente, analizamos las regiones sanitarias (12-6-7) de la Provincia de Buenos Aires, a los fines de recolectar datos, referentes a si se encuentran acompañantes terapéuticos dentro de los CAPS, Unidades Sanitarias y CIC.

El procedimiento que realizamos fue la observación de las cartillas de prestaciones de las mencionadas regiones sanitarias, la cual nos brindó un resultado negativo referente a la búsqueda, ya que no se encuentran acompañantes terapéuticos dentro de los mencionados. (Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Programa Redes, 2022).

El cuarto antecedente consultado, fue un artículo de revista de la autora González Rodríguez. La misma, aborda sobre la continuidad de cuidados y describe el origen de estos programas, el éxito y el fracaso en su desarrollo. La autora alude, que los programas de continuidad de cuidados, surgen a finales de los 70 en EE UU, para dar respuestas a la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. En efecto, González Rodríguez considera que:

Inicialmente su función era evaluar las necesidades del paciente, el desarrollo de un plan de prestaciones individualizado, la coordinación, la información, y la negociación de los servicios, el seguimiento continuo del paciente durante este proceso y la defensa de sus derechos en el sistema. Es decir, coordinar, derivar e integrar varios servicios en un programa lo mejor confeccionado posible de acuerdo a las necesidades de cada paciente. (González Rodríguez, 2011 p. 1).

En el texto mencionado, la autora refiere que la filosofía de la continuidad de cuidados, se basa en todos los modelos de apoyo comunitario. En este sentido, sostiene;

Su objetivo es reducir la hospitalización, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes. Para lograrlo son básicas cinco funciones: la evaluación, la planificación personalizada, la coordinación, el seguimiento y la defensa de los derechos de los pacientes. (González Rodríguez, 2011 p. 1).

Otras de las investigaciones consultadas, es la del autor Villalón (2021), en su trabajo de investigación de continuidad de cuidados. El mismo, aludió que dicho concepto se lo utiliza para describir, en la medida que los pacientes, ven a los mismos profesionales a lo largo del tiempo, contribuyo a que el elemento clave es la atención primaria en la salud, y el autor utilizo el termino longitudinal. No obstante, en su texto mencionó aspectos importantes que hacen a la dinámica de la continuidad de cuidados. Uno de ellos, es la continuidad de la información; indico la construcción de las historias clínicas digitales, como la herramienta necesaria para los diversos prestadores de salud que acompañan el proceso. Y mencionó que uno de los obstáculos actuales, es que cada institución tiene su Historia Clínica, pero aún no se efectúan los mecanismos de interoperabilidad en los intercambios.

Otros dos elementos que atribuyó el mencionado autor, es la continuidad de la relación y la continuidad en el manejo. Argumentó, que no siempre se da la relación de un mismo profesional que atiende. Y en el concepto de la continuidad en el manejo, el autor explica que comprende en cierto grado a una coherencia de todos los prestadores ante un mismo problema.

Los autores Azon Belarre, et al. (2017) refieren que los diversos modelos de continuidad de cuidados, surgen para sostener al paciente con cuadros severos en su comunidad. Describen el modelo de case management: este modelo implica que un profesional coordine y se encargue de garantizar las prestaciones a un determinado paciente. Se utiliza mucho en la clínica. Modelo de tratamiento asertivo / comunitario: este modelo es con un equipo multidisciplinario, quienes acompañan el tratamiento de la persona, desde todas las dimensiones de su vida. Ponen el acento, en que la persona sea un agente activo en su proceso, y consideran fundamental el trabajo con la familia. Otorgan actividades de apoyo de la vida diaria.

Metodología.

En el presente trabajo final integrador, el diseño metodológico fue de tipo bibliográfico desde relevamientos de datos secundarios, lectura, y análisis de diversos textos. Los instrumentos que se emplearon fueron dos entrevistas de tipo semiestructuradas, en las mismas se elaboraron preguntas, que ahondan sobre la temática de la continuidad de cuidados y el abordaje de los AT en dos Hospitales Públicos. Este instrumento, permitió la recolección de datos, frente a un escenario novedoso para las y los acompañantes terapéuticos. Y también, realizamos un consentimiento informado, en el cual refiere y consensua sobre la información obtenida, que sea únicamente para el presente trabajo de investigación.

Objetivo general.

Investigar y describir el rol de las y los acompañantes terapéuticos en la continuidad de cuidados dentro del proceso / salud/ enfermedad/ atención/ y cuidados. Desde el marco de la Ley N.º 26.657 (2010). Situados en el contexto actual sanitario.

Objetivos específicos.

1. Detallar el marco teórico del modelo de Salud Comunitaria, desde las implicancias del acompañamiento terapéutico.
2. Definir el acompañamiento terapéutico en función al marco de la Ley de Salud mental N.º 26.657.
3. Analizar el concepto continuidad de cuidados y el abordaje del AT.
4. Mencionar algunos de los dispositivos de externación que cuenta actualmente la Provincia de Buenos Aires.
5. Considerar el rol del acompañamiento terapéutico como estrategia en la inclusión en Unidades Sanitarias y Hospitales generales para la continuidad de cuidados, pensando las intervenciones en la diversidad de espacios.

Capítulo 2. Marco teórico.

Orígenes del AT, rol y función.

Es importante realizar un breve recorrido histórico en los orígenes del acompañamiento terapéutico. Y, por otro lado, los diversos momentos históricos en el cual se fue gestando la construcción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010).

A finales de los años 50 se cuestionaba el modelo asilar, y se produjo una ruptura en relación al modelo manicomial; aparecieron factores y nuevas demandas que determinaron el surgimiento del AT. Después de la segunda guerra mundial, surgió un recurso alternativo al manicomio, que dio auge a otro modelo de atención, su eje consistió en romper con el aislamiento y la exclusión. Esto generó que, en el campo de la psiquiatría, hubiese un cuestionamiento desde su interior y el AT aparece como un recurso ante la psiquiatría clásica. (Rossi y Pulice 1994).

Asimismo, surgieron distintos modos en el mundo, a los fines de la ruptura con el modelo hegemónico psiquiátrico; tomó fuerza la psicología, el psicoanálisis, sociología, movimientos antipsiquiatría, el desarrollo de hospitales de día y la psicofarmacología. En ese contexto, buscaron entender desde otro lugar, la noción de enfermedad mental y del campo de la salud mental. La psicofarmacología, permitió la posibilidad de que la persona pudiese salir de los muros del encierro, aparecieron los servicios de atención ambulatoria y la interdisciplina para la creación de nuevos dispositivos (Galende, 1994).

Los orígenes del acompañamiento terapéutico (AT), fueron finales de los años 60, y surgió como respuesta, a los cambios en los tratamientos de las personas con enfermedades de salud graves, mayormente los diagnósticos en psicosis o consumo problemático. La idea de esa época fue evitar la internación prolongada e insertar al AT en otro ámbito, que no sea la institución psiquiátrica (Rossi, 2007).

Según lo planteado por las autoras Kuras de Mauer y Resnizky (2005), en los años 70, el AT se presentó bajo la figura de “amigo calificado”, dicho concepto lo otorgó el doctor Kalina, en principio consistió en una práctica empírica y no había sustento teórico; donde estudiantes de diversas carreras de psicología, medicina, trabajo social, ejercían la función de AT, los mismos, acompañaban a los pacientes en actividades por fuera del encierro.

Posteriormente, en los años 80, la figura del AT comenzó a consolidarse e inició otra etapa. En los años 90 en adelante, se formaliza la práctica desde un contenido teórico académico.

En el 2001, apareció la primera tecnicatura Universitaria en Argentina y Uruguay. La inclusión académica permitió ir construyendo un cimiento en la formación (Rossi, 2007). En la actualidad, ya está inscripto el rol y función desde una construcción y marcos teóricos con diversos enfoques referenciales, pero desde una especificidad en la formación del AT, con carrera universitaria y es un campo que se sigue construyendo.

Asimismo, hoy en día el AT, se sitúa en numerosos abordajes, no necesariamente, únicamente en el campo de lo psicopatológico o diversidad funcional, sino en el campo de lo comunitario. Este arduo camino, fue desde una construcción que ha ido evolucionando a través de los años adaptándose a los avances en el campo de la salud y al contexto social, histórico, político y sanitario. Según Rossi:

El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias terapéuticas. (Rossi, 2007, p. 44).

Este concepto, nos invita a pensar en su relación, a que se encuentra algo del orden del malestar que se espera intervenir y la clínica aspira a transformar ese malestar. El vínculo, viene a instalar algo nuevo, tiene un efecto transformador, y se inscribe en la línea de lo fraterno desde un semejante.

La definición del rol del AT, es lo que le brinda la especificidad, en un marco de incumbencias, encuadre y son los elementos constantes que definen la práctica y nos dan las coordenadas. En cambio, la función se desprende del orden de la singularidad, en efecto la práctica del AT se define en el caso por caso, por lo cual comprende lo singular de la práctica en cada acompañamiento terapéutico.

El AT, se desenvuelve en el ámbito de lo interdisciplinario; arma redes, conecta intervenciones, es un puente transicional entre una situación a otra, para darle continuidad al proceso terapéutico, para sostener dicha continuidad, apuntala al lazo social, inserción social, proyecto de vida, laboral, educativo, operando desde dentro de la cotidianidad de la persona acompañada.

Recorrido de antecedentes teóricos que anteceden a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

En el año 1978, se produjo en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, la declaración de ALMA- ATA, donde plantearon la necesidad de urgencia para la protección de la salud de todos los pueblos del mundo, (ALMA - ATA ,1978). Quienes plasmaron un nuevo modo de conceptualizar la salud, refiriéndose a que la misma, es un “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

En el año 1990, se estableció la declaración de Caracas, donde la Organización Panamericana de la Salud, planteo la reforma de la asistencia psiquiátrica e instaron a la reestructuración de las políticas sanitarias. (OPS, 1990).

En consecuencia, la OPS detallo sobre los principios de Brasilia. Los mismos, son principios rectores para el desarrollo en Salud Mental en las Américas, en lo concerniente al desmantelamiento de Hospitales psiquiátricos y/o dispositivos comunitarios (OPS, 2005). En el año 2010, se estableció el consenso de Panamá donde solicitaron fortalecer el modelo de Salud Comunitaria, bajo el lema “por un continente sin manicomios en el 2020”. (OPS, 2010).

Asimismo, otra ley importante que se estableció en dicho marco y es significativo nombrarla es la Ley N.º 26.529 (2009), que aborda los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, historia clínica, consentimiento informado y autonomía de la voluntad.

Por otro lado, mencionaremos artículos importantes de la Ley de Salud mental N.º 26.657, (2010) relacionados con el cambio de paradigma. En el artículo N.º 3, definen la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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” (parr.3). Por consiguiente, el artículo N.º 9 se orienta en la restitución y promoción de lazos sociales. El artículo N.º 7 plasma los derechos de las personas con padecimiento de salud mental en el cual puntualiza y especifica un trato más digno y humanizado e integral. Y, por último, el artículo, N.º 27 dispone la prohibición de la creación de neuropsiquiátricos.

En este sentido, la presente ley apunta a no aislar a la Salud Mental del resto de las problemáticas de salud, incluyendo sus tratamientos en los hospitales generales. La

misma, insta al trabajo interdisciplinario desde una perspectiva horizontal, transversal, intersectorial, e interdisciplinaria. El marco conceptual e ideológico; se conforma una definición de salud con perspectiva sanitaria y comunitaria. Donde plasman la noción de derechos a la salud y se pone en el centro de las intervenciones a la persona y su contexto, y no en los diagnósticos. Sitúa la intersectorialidad como engranaje para la cadena de eslabones en la interdisciplinaria, colocando a todos los actores del equipo de salud, desde la igualdad, en relación a la posición jerárquica, porque en conjunto todos aportan en el tratamiento de salud.

Marco teórico Salud Comunitaria y el abordaje de los AT.

Nos situamos en el marco teórico del modelo de Salud Comunitaria, con perspectiva de derechos y enfoque de promoción prevención y atención integral. La Organización Mundial de la Salud, considera que la Salud Comunitaria se centra en la promoción y prevención de las enfermedades a nivel comunitario. Desde este enfoque de salud pública reconoce a la salud de las personas, por diversos factores individuales y también en su contexto. La OMS, enfatiza la participación activa de la comunidad a los fines de la implementación de diferentes abordajes con políticas intersectoriales.

En el artículo científico del anuario de investigaciones de la UBA, en el texto llamado el Proceso de Salud/ Enfermedad/ Atención/ y Cuidados. (Michalewicz, et al, 2014). Los autores, explican el proceso desde la medicina social, y el objeto de estudio de la salud colectiva. Propusieron un cambio teórico y práctico en la dimensión de salud, enfermedad, atención y cuidados, aludiendo a un proceso dinámico en las mencionadas vertientes. Por lo cual, las mismas se encuentran entrelazadas y no tienen un ordenamiento estático, sino que están atravesadas desde las implicancias subjetivas, familiares, y desde las dimensiones históricas, sociales, políticas, económicas, biológicas, culturales, ecológicas, con diversos determinantes sociales que fluyen en un constante movimiento dialéctico.

El cambio de paradigma, en donde la salud deja de ser entendida, como un estado pasivo e inmóvil, que opera en una dialéctica entre lo sano y enfermo, sino se la establece desde una construcción colectiva, que implica movimientos constantes dentro del proceso, donde reconoce lo comunitario y lo social.

Actualmente, el acompañamiento terapéutico comienza a posicionarse y a ser un recurso más valorado. De esta manera, la presente Ley de Salud Mental, considera que se debe realizar el abordaje en el proceso de salud por fuera del ámbito de la internación y desde un marco interdisciplinario e intersectorial asentando bases en la comunidad,

promoviendo la integración laboral, social, educativa, familiar. El recurso del acompañamiento terapéutico promueve y facilita la implementación de esta Ley, a través de sus múltiples beneficios y la diversidad de espacios en las que se moviliza, desde la vida en la comunidad, el entorno cotidiano con sus referentes afectivos, permite la inclusión y la no estigmatización. El AT se vincula con su acompañado/a, posicionando al mismo, como un sujeto activo y de derechos, y no visualiza a la persona desde su enfermedad, como un objeto; sino pone el acento en el sujeto de deseo y de derechos. Cabe mencionar que los artículos mencionados de la Ley de Salud Mental, demuestran que el rol del AT, es fundamental, para el abordaje interdisciplinario y su praxis se desarrolla bajo objetivos terapéuticos. El AT acompaña transversalmente a las personas que requieren diversos apoyos, impulsando acciones que operan desde la prevención y promoción de la salud. Dichas acciones, facilitan y favorecen en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados. Opera desde las dimensiones individuales, vinculares, sociales y comunitarias.

El acompañante terapéutico tiene capacidades de comunicación y organización en la cotidianeidad, lo que permite actuar como mediador en diferentes espacios y es necesario pensar acciones tendientes a favorecer en dicho proceso de salud, acompañando en la decisión de la persona y en su continuidad de cuidados.

En este punto, es necesario destacar la importancia del trabajo de red con los demás niveles de atención porque son transversales en la vida de la persona, desde la construcción de procesos que incluyan e integren hacia la dignificación de los cuidados en la salud, en materia de derechos humanos.

Se trata de un eslabón clave esencial, para el eje transicional, del cambio en las lógicas de encierro, ya que permite intervenir en diversos ámbitos y escenarios de la comunidad, más allá de la institución. En sus comienzos en los años 60/70, ha permitido con su intervención la posibilidad de pensar formas clínicas basadas en la circulación social y no en el aislamiento (Rossi, 2007.)

Por lo cual, sabemos que debemos construir entramados, engranajes, dispositivos que alojen en el proceso de salud a la persona y a su entorno significativo. Desde este cimiento, nos resulta fundamental replantearnos el rol del AT en la diversidad de espacios, que brinden políticas integrales.

Por consiguiente, se torna significativo la continuidad del cuidado, acompañando en el proceso que atraviesa la persona, considerándolo como agentes activos. Desde esta perspectiva, las autoras Stolkiner y Ardila, refieren que “no es posible aislar la salud

mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción”. (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 23)

Capítulo 3

Dispositivos de externación en los Hospitales Monovalentes de la Provincia de Bs As.

Es importante destacar, sobre los dispositivos de externación que mencionamos en los antecedentes, pensamos como dato relevante, la urgente necesidad frente a la edificación de políticas que se encuentren circunscriptas y enmarcadas en políticas públicas de promoción, prevención y acciones que no solamente queden reducidas a un programa sanitario.

En efecto, hay que destacar que se están iniciando e impulsando acciones para trabajar en el marco del abordaje de la Ley de Salud Mental, pero aún queda muchos entramados por construir, por ejemplo, capacitaciones a los equipos de salud en materia comunitaria, y enlaces en los niveles de atención a los fines de fortalecer el engranaje del proceso de salud/ enfermedad/ atención y cuidados, a los fines de evitar las reinternaciones y sostener la continuidad de cuidados.

En relación a los textos de investigación de continuidad de cuidados, anteriormente mencionados, existe acuerdo que la misma tiene diferentes beneficios, para las personas atendidas en el sistema de salud, y un impacto positivo en los costos sanitarios para reducción de valor cama, y a su vez en otros indicadores relacionados a la mortalidad. Sin embargo, no hay muchos estudios publicados a pesar de que el concepto surge aproximadamente en el siglo XX, y en la actualidad hay ausencias de consensos en materia conceptual donde se centran diversas construcciones teóricas de la continuidad de cuidados (González Rodríguez, 2011); y a su vez, otra literatura que se enfatiza únicamente en marcar estándares con indicadores y la medición de los mismos (Bindman, et al., 2000).

Antecedentes y análisis en las Regiones Sanitarias de la Provincia. de Bs As.

Observamos los datos de las prestaciones de servicios, de los centros de atención de la salud de la provincia de Bs As, en la distribución dividida por regiones geográficas, que comprenden la región doce (partido de la Matanza), la región sexta (Almirante Brown, Berazategui, Avellaneda; Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes) y la séptima (General las Heras, General Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Lujan, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón y Tres de Febrero) con un total de 20 partidos, en los cuales se encuentran Centros de salud, Caps, Unidades sanitarias, Centros de Integración Comunitaria, integrando un total de 510 efectores de salud.

En los cuales, se observan en las diversas cartillas que no se evidencian prestaciones de AT en los efectores de salud. Lo que nos indica, la importancia del rol del AT en los diferentes niveles de atención a los fines de efectuar el acompañamiento y el entramado dentro de los procesos de salud en la continuidad de cuidados. No obstante, este análisis no implica que los AT no sean convocados, posiblemente sea por fuera del trabajo interdisciplinar de los centros de atención. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Programa Redes. 2022).

Ley que sustenta la praxis de los AT en la Atención Primaria de la Salud.

En dicho contexto, se torna significativo mencionar la Ley N. 25.421 (2001) del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, Ministerio de Salud Nacional. En ella se describe la creación del programa para la atención primaria; promoción, protección y prevención y menciona en su artículo:

ARTÍCULO 4º — A los efectos de la presente ley, se entiende por atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental, a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación. (parr.4).

Asimismo, en el anexo N.º 1 (prevención) de la mencionada ley, describe las actividades de promoción, protección y prevención, detallando la aplicación de los recursos para evitar situaciones que se detectan en grupos de riesgos, ejemplifica, ludotecas, actividades de índole recreativas, comunitarias, prevención terciaria, rehabilitación, reinserción social y familiar y nombra al AT en talleres protegidos, casas de medio camino, etc. La presente ley, enfatiza la importancia de los organismos públicos de salud, para coordinar redes en todo el territorio, para la articulación de los diferentes niveles de atención. Y de eso nos referimos cuando hablamos de continuidad de cuidados.

Consideramos que las leyes posicionan la figura del AT, pero es necesario que surja la Ley Nacional de los AT para que sea circunscripto el rol en las instituciones de atención primaria de la salud, secundaria, terciaria y de alta complejidad. Nos preguntamos. ¿Por qué, al AT se lo convoca por un pedido de algún profesional frente a un caso? ¿Podemos

pensar, al AT dentro del equipo de salud, en un CAPS, Hospital General, Unidades Sanitarias, y no por fuera? ¿Serían distintas las producciones del AT frente a la continuidad de los cuidados, si el mismo estaría inserto en el equipo de salud? ¿Dentro del contexto, se planificarían intervenciones y acciones de promoción y prevención?

A raíz de estos datos, nos preguntamos. ¿Cómo se podría definir en un concepto, lo que para nuestro entender es la clave, una noción que pudiese describir el acompañamiento en todo el proceso transicional de la persona?, y nos referimos al proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados (Michalewicz, et al. 2014).

Consideramos que la palabra continuidad, es propicia para dar respuesta en el ámbito de la salud integral y comunitaria. La etimología de la palabra nos conduce al latín “continuitas”. Es una palabra latina que significa contener o mantener juntos, por lo cual refleja la idea de sostener algo para que no sea interrumpido (Fingermann, H. 2017).

Sin embargo, la palabra cuidados, los acompañantes terapéuticos la tenemos algo relegada de nuestro discurso, pensamos que se debe porque se entrelaza con prácticas de otros colectivos, como ser el de cuidadores. La palabra cuidados es muy amplia y compleja. Su definición epistemológica, del latín significa “cogitare” que significa pensar, tener atención frente a una acción. En un sentido más amplio, está relacionado con la idea de prestar atención y preocuparse por el bienestar de algo o alguien y las acciones que hagamos para sostener y promover dicho bienestar.

Consideramos, que en todas las dimensiones y ámbitos de la vida existen los cuidados, es una relación intrínseca de la vida misma, desde la infancia hasta la vejez. Asimismo, todas las profesiones cuidan, desde sus incumbencias roles y funciones específicas. El médico/a cuida de su paciente, los enfermero/as, los psicólogo/as, los AT cuidamos, y los cuidadores también lo hacen.

Profundizamos el concepto para ampliar las nociones de cuidado, desde el encuadre e incumbencia de las y los acompañantes terapéuticos. El AT articula, teje redes y entramados y en esa red es la que implica extender los cuidados desde una continuidad, cuyo abordaje es desde lo interdisciplinario. “El concepto de la noción de cuidados en el campo de la salud opera en dimensiones de las prácticas vinculares/afectivas.” (Michalewicz, et al 2014, p. 219).

Por tal motivo, la continuidad de cuidados transversaliza todos los niveles de atención en la salud. Es un concepto genérico que se utiliza para ahondar procesos en diversas

especialidades como ser en la medicina, enfermería, salud mental y en la actualidad es un desafío en el sistema sanitario. Por lo cual, hay pluralidad de vertientes en el mencionado concepto. No obstante, se lo cita mayormente para el abordaje del desarrollo de redes comunitarias, el modo en que estas redes operan y se entrelazan de acuerdo a la necesidad singular de la persona.

En salud mental, se lo utiliza al concepto de continuidad de cuidados, en línea general acompañando los cambios en las últimas décadas que se produjeron en el sistema de salud. El paso de la importancia de establecer el foco en la transición de la salud comunitaria, en relación a los últimos modelos. ¿Pero alcanzan los dispositivos de externación que hay en la actualidad, para la continuidad de cuidados?

Por ende, desde el transcurrir de la lectura, los parámetros para nuestro entender a la continuidad de cuidados, comprende desde la vertiente de un proceso operativo, organizativo y de coordinación que transversaliza los diferentes niveles de atención, destinados al trabajo en la comunidad. Poniendo el acento en el proceso de salud, enfermedad y cuidados de la persona como sujeto de derecho y activo en las decisiones en torno a su proceso.

Como punto importante, la implementación de la historia clínica de salud integral, que en la Provincia de Buenos Aires en las instituciones públicas y en otras jurisdicciones se viene dando de manera escalonada y consideran que para el año 2027, los establecimientos de salud van a estar operando esta herramienta crucial, en los diferentes niveles de atención para el intercambio, seguimiento, continuidad de los procesos de salud. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Salud digital bonaerense, 2021).

Cabe mencionar, un factor interesante y la importancia en la práctica profesional del AT, en el beneficio para la persona en el marco de la continuidad de cuidados, el eje en la inclusión de las y los AT en las instituciones de atención primarias, secundarias y terciarias, y que evolucionen en las historias clínicas de esta manera que sea un modo integral en torno a la continuidad de cuidados.

El abordaje desde los procesos, que son una construcción que forman parte de la vida de cada persona, en el tiempo subjetivo en el que se encuentre la misma. Si nos posicionamos desde la noción de diversas subjetividades no estaríamos marcando o reproduciendo, lo que las construcciones sociales consideran como enfermo, anormal, diferente, excluyente.

Desde el rol de AT, cuyo posicionamiento es a partir de un lugar de derechos humanos, con un abordaje de políticas de inclusión e integración, a los fines de vehicular las demandas, desde un empoderamiento subjetivo en los acompañado/as y su familia, poniendo el cuerpo y muchas veces la voz.

En este apartado, es importante destacar el acompañamiento terapéutico, no únicamente centrado en patologías de salud mental, sino en el complejo de lo que cada persona atraviesa en su universo subjetivo a partir del proceso y los multi determinantes y factores que atraviesan. Describiremos algunos ejemplos que se observan en el campo; resistencia al tratamiento, poca adherencia, determinantes sociales, altos niveles de sufrimiento, redes de apoyos disfuncionales, re- hospitalizaciones, rechazo de indicaciones del equipo de salud, estigmatización social, vulnerabilidad etc. La perspectiva del AT, como articuladores de redes y no como depositarios de atención, sino desde la prevención y promoción de la salud.

El profesional del acompañamiento terapéutico se desenvuelve en ámbitos institucionales, judiciales, educativos, instituciones de salud. Con abordajes domiciliarios, sociales, culturales, en espacios de nuevas modalidades de atención alternativas, casas de medio caminos, refugios, centros culturales, recreativos, centros de capacitación laboral, talleres de fortalecimientos y de contención. Estos escenarios visualizan las dinámicas del AT, en diversos contextos que son propios de la cotidianidad, singularidad, comunidad. Desde políticas de integración, inclusión, promoción y prevención.

El recurso contiene y aborda emergentes cotidianos en diversos ámbitos. A los fines de crear nuevas escenas que alojen, transformen o alivien. Acompaña en diversos momentos de transición del acompañado/a y su familia y/o entorno significativo.

Cuando hablamos de personas que atraviesan cuadros crónicos de salud no tienen la misma carga peyorativa, que cuando nos referimos a personas con alguna psicopatología, problemática de SM, o asimismo con alguna diversidad funcional. Por ende, poner el acento en la comprensión de la salud como un todo y no dividida. En cambio, las especialidades de salud se definen y separan el cuerpo y mente, cada una con su saber específico, pero a diferencia de la salud integral está comprende ese universo subjetivo que no podemos separar y las y los acompañantes terapéuticos, acompañamos a esa persona en su completo estado integral, en su cotidianidad, con su familia, su comunidad, sus lazos y sus proyectos vitales y desde ese ecosistema que

conforma un todo y que está en una constante dialéctica, es desde donde nos vinculamos y construimos entramados.

El habilitar subjetividades diversas, es el modo que nos permite correr del lugar preponderante de la lógica hegemónica de salud versus enfermedad. Habilitarnos y RE-habilitar al otro/a, desde intervenciones que promuevan políticas de inclusión, integración, prevención, y promoción de la salud. A partir de una mirada integral, en relación a todos los componentes y dimensiones de la vida de la persona.

El posicionamiento implica una mirada del todo, en términos que aborden las subjetividades desde cada aspecto subjetivante, significativo y movilizante para la vida de la persona, acompañando instancias de padecimientos subjetivos, desde una perspectiva transversal en los derechos humanos, perspectiva de género a partir del paradigma de salud comunitaria y colectiva. Con articulación y entramados en redes de apoyos interinstitucionales, sociales, comunitarias. Generando y propiciando prácticas desde un campo social, comunitario y cotidiano.

Experiencias de AT en Hospitales Generales. Hospital Doctor Noel Sbarra y Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.

Hospital Dr. Noel Sbarra.

El Hospital es una institución de mediana complejidad, atiende a la población de niños/as, con problemas de salud o por situaciones de diversas problemáticas de menores judicializados, por ejemplo, desnutrición, violencia. Posee salas de internación, consultorios externos y se complementan programas para el seguimiento y control de la salud. Se encuentra en La Plata provincia de Buenos Aires. (Hospital Doctor Noel Sbarra 2024).

Técnica empleada, entrevista semiestructurada.

Modalidad telefónica.

Nombre de la entrevistada: Julia Méndez.

Profesión: Técnica en Acompañamiento Terapéutico. Actualmente coordinadora de los AT, que se encuentran trabajando en el Hospital dentro del Área de la Unidad Juegos y Aprendizaje.

Preguntas formuladas para la entrevista:

1. ¿Como definiría a la continuidad de cuidados en la salud?
2. ¿Le parece relevante el mencionado concepto en el campo de las y los Acompañantes terapéuticos?
3. ¿Cuál es el abordaje de los acompañantes terapéuticos en el Hospital Dr. Noel Sbarra?

Desarrollo de la entrevista.

Con respecto al hospital, pensando el concepto de continuidad de cuidados, lo considero desde una forma integral, ya que quizás dentro del mismo, en el trabajo es súper necesario la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud que están dentro del hospital involucrados en los cuidados de los niños, lo pienso como esa relación entre los profesionales y nosotros los acompañantes terapéuticos que trabajamos en el hospital y nuestros acompañados.

También, pensando en relación a la continuidad de cuidados, desde el mantener una relación constante entre el acompañamiento terapéutico y el acompañado, en este caso en el cual los niños viven en el hospital institucionalizados implica sostener una comunicación constante y regular.

Y pensar también en la construcción de este contexto de continuidad, esto nos ayuda a construir la confianza, y promover la estabilidad emocional, facilitar un progreso más afectivo y todo eso hacia los objetivos terapéuticos que tenemos como acompañantes. Por ahí, lo pensaba desde ese lado y más dentro de este hospital.

Y además lo que es acompañamiento terapéutico dentro del Hospital Sbarra es fundamental la comunicación y todo lo que tiene que ver con la salud, pensarlo a través de los profesionales de una manera coordinada con ellos, abordando las necesidades físicas, emocionales, sociales de todos los chicos que ahí viven, en trabajar de manera constante día a día con los profesionales, para que justamente todos nuestros objetivos terapéuticos, sean llevados a cabo.

Les comento, que estoy coordinando un grupo de siete AT, estamos divididos entre turno mañana y turno tarde y además de acompañar a los niños , en todo lo que tiene que ver en el ida y vuelta de instituciones educativas, organizar lo relacionado con sus cuidados y sentido de pertenencia, también nos encargamos de las salidas terapéuticas ya que no todos los niños del hospital salen a las instituciones educativas, los que deben quedar dentro del mismo por razones de salud nos ocupamos de mantener estas salidas terapéuticas diarias.

Atrás de todo esto, hay un trabajo con los distintos profesionales para llevar a cabo estos dispositivos y las AT nos encargamos de esas labores dentro de la institución. Es decir, estos actores involucrados, ya sean AT, los profesionales médicos, toda la Unidad de infancia, juegos y aprendizaje y rehabilitación; como todo esto garantiza una transición entre los diferentes niveles de atención y responden un seguimiento y mejoran la calidad en la atención y la vida de estos niños que viven dentro del hospital.

El dispositivo que tenemos y las puertas que nos abrieron dentro del hospital, no pasa en todos los hospitales, que le atribuyan esta importancia al acompañamiento terapéutico, el poder ver en tanto lo grupal, porque son niños que viven en esta grupalidad y nosotros poder trabajar lo individual de cada uno de ellos, es super reconfortante y super necesario.

Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.

Es un hospital público, ubicado en Esteban Echeverría Provincia de Buenos Aires, atiende las necesidades integrales de alta complejidad, y se trata de un Hospital SAMIC (Servicio de atención integral para la comunidad). Su modelo de atención está centrado en cuidados progresivos y continuos esta gestión prestacional significa que no se diferencia por especialidades médicas, sino en el nivel de cuidado que requiere la persona. El mismo comienza a funcionar en el año 2020. (Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría 2024).

Técnica empleada, entrevista semiestructurada.

Modalidad presencial.

Nombre de la entrevistada: Lic. Karina Porco

Profesión: Licencia en Psicología. Jefa del Depto. de Cuidados Continuos del Hospital de Alta Complejidad, del Bicentenario Esteban Echeverría.

Preguntas formuladas para la entrevista.

1. ¿Cuál es el modelo de atención del Hospital del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría?
2. ¿Como considera al concepto de continuidad de cuidados?
3. ¿Le parece relevante el mencionado concepto en el campo de las y los Acompañantes terapéuticos?
4. ¿Cuál es el abordaje de los acompañantes terapéuticos en el Hospital de Alta Complejidad?

Desarrollo de la entrevista.

La continuidad de cuidados en salud, representa la tendencia y actualidad del paradigma en salud. Porque aborda desde distintos enfoques la atención centrada en la persona. Y los cuidados abordados desde los distintos niveles de intervención: hospitalarios, comunitarios, familiares y desde la baja hasta la alta complejidad.

Por otro lado, este enfoque, además de aportar a la calidad de la atención, tiene consecuencias medibles en el aspecto de las finanzas: ya sea en los costos y el gasto en salud.

El paradigma de atención por cuidados continuos requiere de enfoques interdisciplinarios. Y de la comunión de las distintas disciplinas en el abordaje. En ese sentido el rol del acompañante terapéutico es clave para sus incumbencias específicas como para generar los nexos necesarios en la atención. Por otro lado, se advierte la posibilidad de desarrollarse en ámbitos de atención integral de la salud, más allá de los campos tradicionales de aplicación del rol.

El rol se erige justamente como una de las disciplinas esenciales del departamento de cuidados continuos: ya que aporta su tarea desde el acompañamiento del paciente y su mirada y necesidades que le surgen del sistema.

Estos conceptos: continuidad de cuidados, atención centrada en la persona, cuidados progresivos se hacen relevantes, entre otras cosas, a raíz de las falencias del sistema de atención de la salud con respecto a haber perdido el eje de abordaje (el paciente) y auto mirarse. Por lo tanto, un equipo de trabajo que atienda las necesidades de la persona, en el amplio espectro de intervenciones en un Hospital de Alta Complejidad, se hace sumamente necesario.

Teniendo en cuenta, que variables tales como, los tiempos de internación, las prácticas profundas y en ocasiones invasivas, la cantidad de actores involucrados en las mismas, hacen el pasaje por la institución bastante alienante. Con lo cual, el rol tiene además un objetivo de humanización de ese tránsito y de revisión de las prácticas en ese mismo aspecto.

El AT dentro de los Hospitales Generales, según la Ley de Salud mental 26.657.

En efecto, podríamos pensar el acompañamiento terapéutico en situaciones en el proceso de transición del enlace de internación hospital, egreso domicilio y comunidad, acompasando los tiempos subjetivos de la persona y su entorno, a los fines de potenciar la capacidad de adaptación de los desafíos que enfrenta. Brindando sostén, promoviendo su autonomía, potenciando y sosteniendo funcionalidades dignificando su calidad de vida en la cotidianidad hospitalaria/domicilio/ comunidad.

El abordaje desde un equipo interdisciplinario, acompañando en la ruta de la continuidad de los cuidados, centrados en cada persona, con intervenciones transversales, sirviendo

de engranaje en las diversas instancias del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados. De esta manera, consideramos que se evitará cierta fragmentación que observamos en el sistema sanitario de salud. Por tal motivo, la continuidad de cuidados de la salud es transversal en todos los niveles de atención y en las dimensiones de la vida de la persona acompañada.

Capítulo 4.

Resultados.

Respecto a la investigación bibliográfica nos encontramos que el concepto de continuidad de cuidados se lo denomina en reiterados textos, trabajos investigativos, a partir de un dispositivo, ejemplificando en programas sanitarios de continuidad de cuidados y la misma no se encuentra enmarcada como estrategia sanitaria como eje transversal central. La diferencia radica en que un programa o dispositivo, no tiene la misma significancia en la construcción de cimientos de políticas sanitarias. No obstante, en un programa si no hay presupuesto éste desaparece. Este dato nos llamó la atención, ya que el concepto dentro del proceso de salud, va variando según diversas variables y métodos de medición, aunque el mismo se gestó hace muchos años y aún no se encuentran unificaciones en implicancias y abordajes.

En las regiones sanitarias consultadas no se evidencian AT dentro de los efectores de la atención primaria de la salud, como facilitador en el engranaje del acompañamiento en los diferentes niveles de atención. Ese dato no es menor frente al nuevo paradigma de abordaje comunitario.

En dicha investigación, se torna importante la implementación de políticas públicas que impliquen a las acciones de entramados en las instancias de externación, ya que los dispositivos que mencionamos carecían de abordajes en los procesos de continuidad de cuidados y en su defecto surgieron las re-internaciones.

Las experiencias de continuidad de cuidados, en los dos hospitales que están inmersos los AT, aportan significativamente al campo del acompañamiento terapéutico y en la construcción de políticas integrales dentro de los procesos de la salud, enfermedad, atención y cuidados. Colocan el acento en el proceso de comunicación de los diversos profesionales de la salud como fundamental en el abordaje interdisciplinario.

El acompañamiento en los distintos niveles de atención, como medida clave para alojar las necesidades de la persona y de su entorno. Es importante destacar en la entrevista a la Lic. Porco del Hospital de Alta complejidad, el punto que remarca desde la

especificidad del rol del AT como abordaje central para acompañar el proceso integral en todos los niveles de atención de la salud, y además considera uno de los objetivos del rol el de la humanización y como eje para revisión de prácticas en el ámbito sanitario. Y consideramos que es clave pensarlo en el campo del AT desde la dimensión de apuntalar prácticas que sean habilitadoras en la dimensión de derechos humanos.

Para finalizar, es necesario remarcar las limitaciones en los resultados obtenidos, ya que los informes del Ministerio de Salud, no se encontraban datos actualizados a la fecha, sino realizamos una revisión retrospectiva. En nuestro entender, sería conveniente que se pudiese generar investigaciones futuras que amplíen y comprendan un trabajo de campo con aproximaciones más detalladas y actualizadas en todo el territorio argentino.

Conclusión

Entendemos que un proceso de salud en su contexto, está compuesto de diversas producciones subjetivas, que se encuentran atravesadas transversalmente en la vida de la persona, la clave sería poner el acento en el enlace de la participación de los procesos, que varían de acuerdo al momento en el que se encuentra la persona y los factores que determinan su salud en la comunidad, podemos pensar en procesos que convergen entre lo macro (comunidad) y micro (individual).

Salimos de la lógica hegemónica médica y de los parámetros de los diagnósticos, nos va a brindar ampliar el cambio al paradigma de salud comunitaria. Siempre en el marco del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Mencionamos, la importancia de considerar el rol del AT, como estrategia sanitaria en la inclusión en todos los niveles de atención de la salud y siendo eje fundamental, que participen dentro de los equipos de salud de Hospitales Generales ,CAPS, CIC , Unidades sanitarias, a los fines de favorecer en el diseño de políticas que fomenten la promoción y prevención en la salud dentro de los procesos que cada persona esté atravesando, sin necesidad de abordaje desde únicamente el campo de lo psicopatológico.

Por consiguiente, la fragmentación en el proceso de salud, consideramos que se produce por varios motivos; porque hay atención discontinuada, escasez de mecanismos de interoperabilidad en la comunicación, carencia de intervenciones con abordajes desde la prevención y promoción, faltantes de redes de apoyos y articulación. Consideramos que el abordaje debe ser en base a los determinantes sociales, la

identificación respecto a las necesidades de la población. El punto que consideramos pertinente para evitar la fragmentación en el proceso de salud, es que deberíamos reorganizar las partes para volver a unirlos; y de eso se trata la continuidad de cuidados de una coordinación y dialéctica de los diferentes niveles de atención en la salud y a su vez integrado al proceso subjetivo de la persona y entramados de la vida social, familiar, laboral y comunitaria.

Para finalizar, destacar la importancia en la incorporación de los cuidados en la gestión de la salud, ya que cuenta con una gama de diversas formas, acciones y planificaciones que facilitan la accesibilidad de los derechos y en la continuidad de cuidados que es una necesidad altamente visible en el contexto actual sanitario que estamos atravesando con bases comunitarias. No obstante, remarcar la diversidad de espacios que se desenvuelve el AT, esto confluye y permite habilitar nuevas modalidades de atención en su expansión.

Referencias bibliográficas.

- Azon Belarre, S., Azon Belarre. J., Berges Usan, P., Pellicer García, B., Abadía Labena, S., y Murillo García, E. (2017). Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave?. *Revista Norte de Salud Mental* XIV (56), pp 27-40
[Continuidad de cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave? - Dialnet \(unirioja.es\)](http://unirioja.es)
- Bindman, J., Johnson, S., Szmukler, Wright, S., Kuispers, G, Thornicroft, P, Bebbington P, Leese, M. (2000). Continuidad asistencial y resultado clínico: un estudio de cohorte prospectivo. *Sección de Psiquiatría Comunitaria, Instituto de Psiquiatría*. 35, pp 242–247. <https://doi.org/10.1007/s001270050234>.
- Comisión Provincial de la Memoria. (2022, 18 de agosto). *Informe Anual de Políticas de Salud Mental*
https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanuales/informe2021/6_seccion_politicas_de_salud_mental.pdf
- Fingermann, H. (2017, 5 de julio). *Concepto de continuidad de Cuidados*. *Deconceptos.com*. <https://deconceptos.com/general/continuidad>
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2009, 19 de noviembre). Ley 26529. Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Boletín oficial, 20 de noviembre
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=160432>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2001, 26 de abril). Ley 25.421. Programa de Asistencia Primaria de Salud mental. Boletín oficial, 3 de mayo.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=66858>

- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín oficial, 3 de diciembre. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977>.
- Hospital Sbarra (s.f). *Historia*. <https://hospitalsbarra.com.ar/elhospital.html>.
- Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría (s.f.). *HBEE*. <https://hbeecheverria.ar/>
- Kuras de Mauer, S & Resnizky, S. (1995) *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos: manual introductorio a una estrategia clínica*. Trieb.
- Kuras de Mauer, S & Resnizky, S. (2005). *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Michalewicz, A.; Pierri, C.; Ardilla Gómez; y Sara, E. (2014). Del proceso de salud / enfermedad /atención al proceso de salud / enfermedad / cuidado /: Elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología*. 21. pp 217-224 <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/210226>
- Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. (2022, abril). *Programa Redes*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/programaredes/>
- Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. (2022, enero). *Salud Digital Bonaerense*.<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saluddigitalbonaerense/ejes/historia-de-salud-integrada/>.
- Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, (2021, diciembre). *Segundo Informe Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/buenos-aires-libre-de-manicomios/>
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (1990, 14 de noviembre). *Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela. <https://www.paho.org/es/alma-ata>.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2010, 6 de octubre). *Conferencia Regional de Salud Mental*. Panamá. <https://www.mpba.gob.ar/files/documents/CONSENSO-PANAMA-SM-2010-1.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud De la República Federativa de Brasil. (2005, 7 de noviembre). *Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas*. Brasil https://www.mpba.gov.ar/files/documents/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- Pulice, G. & Rossi, G. (1994) *Acompañamiento terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización, presentación de material clínico*. Polemos.
- Rossi G. (2007). *Acompañamiento terapéutico, lo cotidiano las redes y sus interlocutores*. Polemos.
- González Rodríguez, A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: Éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología*. 16 (3). pp 305–312. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300014>
- Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las Prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/ Salud Colectiva Latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. XXIII. pp 57-67 <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195112>.
- Villalon, G. E. (2021). Continuidad del cuidado. Actualización En La práctica Ambulatoria. *Revista Evidencia online* 24(1), e002112. [10.51987/EVIDENCIA.V24I1.6922](https://doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V24I1.6922)

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes una explicación del trabajo de investigación, así como el rol participante.

El presente trabajo es llevado a cabo por Lucero Mariana de DNI 30.845.474. El objetivo de este estudio, se trata del rol de las y los Acompañantes terapéuticos en procesos de continuidad de cuidados.

Si usted, desea participar es de carácter libre y voluntario, se le pedirá responder preguntas. Asimismo, se establece como mutuo acuerdo, que lo que se conversé, quedara grabado de modo, que se pueda transcribir las ideas que usted haya expresado. No obstante, la información que se reúna no se usará para ningún otro propósito, por fuera del trabajo de investigación. Sin nada más para agregar. Agradezco su participación.

Fecha:

Nombre y apellido:

Firma y aclaración: