Recomendaciones Médicas Funcionales para el egreso de pacientes atendidos en una IPS de Salud Mental una propuesta desde los atributos de la Calidad en Salud

Functional medical recommendations for the discharge of patients cared for in mental health services a proposal from quality health attributes.

Amaya W.

RESUMEN

El fenómeno del Reingreso Hospitalario es de particular interés, ya que implica a un número reducido de pacientes que utilizan una gran cantidad de recursos de salud asignados a la atención de la Salud Mental. Este fenómeno ha sido objeto de estudio en diferentes contextos clínicos desde el campo de la salud mental, lo que ha permitido su caracterización. Hasta el momento no se han realizado estudios que aborden específicamente las indicaciones médicas para el tratamiento ambulatorio de estos pacientes. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Google Académico, Science Direct y EBSCO Host. Se seleccionó una muestra de treinta estudios que permitieron identificar 23 variables no farmacológicas asociadas al reingreso hospitalario en salud mental. Se analizó el comportamiento de las variables. Se utilizó el diagrama de Ishikawa para generar Recomendaciones Médicas Funcionales (RMF). A partir de estas RMF y los hallazgos de la investigación, se elaboró una hoja de ruta para la aplicación en servicios de Salud Mental. Se elaboró una hoja de ruta como propuesta desde la Calidad en Salud para la implementación de la emisión de RMF en un servicio de salud mental.

Palabras claves: *Recomendaciones médicas funcionales, reingreso hospitalario, salud mental, calidad de la salud.*

ABSTRACT

The phenomenon of Hospital Readmission is of particular interest, since it involves a small number of patients who use a large amount of health resources assigned to Mental Health care. This phenomenon has been studied in different clinical contexts from the field of mental health, which has allowed its characterization. To date, there have been no studies specifically addressing the medical indications for outpatient treatment of these patients. A literature review was conducted using databases such as Google Scholar, Science Direct, and EBSCO Host. A sample of thirty studies was selected, which allowed the identification of 23 non-pharmacological variables associated with hospital readmission in mental health. The behavior of the variables was analyzed. The Ishikawa diagram was used to generate Functional Medical Recommendations (FMR). Based on these RMF and the research findings, a Technical Guideline was prepared for application in Mental Health services. A roadmap was prepared as a proposal from Quality in Health for the implementation of the issuance of RMF in a mental health service.

Keywords: *Functional medical recommendations, hospital readmission, mental health, quality health.*

Introducción

El fenómeno del Reingreso Hospitalario se refiere a la situación en la que los pacientes vuelven a consultar a urgencias y son hospitalizados después de haber sido dados de alta, aunque no existe un consenso sobre el período de tiempo para considerarlo como reingreso, en Colombia el Sistema de Garantía para la Calidad de la Salud establece un plazo máximo de treinta días (Pinzon O. et al., 2020). Este fenómeno es considerado como un indicador de calidad en la salud y su medición se utiliza para evaluar los servicios de salud en Colombia (MINSALUD, 2016).

El reingreso hospitalario está asociado a factores tanto farmacológicos como no farmacológicos, que han sido objeto de estudio para comprender su etiología y abordarlos desde la gestión de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría. De hecho, la población relacionada con este fenómeno representa aproximadamente un tercio de todos los usuarios que reciben servicios de Salud Mental y consume más de la mitad de los recursos destinados a este fin (Pinzon O. et al., 2020). En el ámbito clínico, se han realizado investigaciones sobre los factores no farmacológicos asociados al reingreso hospitalario, identificando poblaciones de riesgo y priorizando estrategias de intervención para modificar este fenómeno e indicador.

Al dar de alta a un paciente en un servicio de Salud Mental, se le proporcionan indicaciones médicas que consisten en instrucciones objetivas basadas en evidencia científica, que guían al paciente y a su red de apoyo primario durante su recuperación, promoviendo su funcionalidad y calidad de vida fuera del entorno hospitalario. Estas indicaciones médicas incluyen la formulación de medicamentos, solicitudes de servicios ambulatorios y recomendaciones médicas.

En el caso de los pacientes vinculados laboralmente, en Colombia existe la Resolución 2346 de 2007 que regula el examen médico ocupacional y establece que los médicos especialistas en medicina ocupacional o laboral deben emitir recomendaciones al empleador para su implementación en el proceso de integración o reintegración laboral (Misalud, 2007).

Sin embargo, el entorno laboral no es el único que influye en el contexto del paciente, ya que también incluye su red de apoyo primario y otras organizaciones donde desarrolla actividades fuera del ámbito laboral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como un estado de bienestar que permite a las personas enfrentar el estrés, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a su comunidad. Es un elemento fundamental para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, y un derecho humano fundamental (OMS, 2022).

En Colombia, la Política Pública de Salud Mental, establecida por la Resolución 4886 de 2018, tiene como objetivo proteger, promover y mejorar la Salud Mental de la población, proporcionando un marco para el diseño y la implementación de planes y programas en el país (Minsalud, 2018). En este sentido, el desarrollo de lineamientos en Salud Mental implica un proceso de debate y consenso para abordar adecuadamente este tema y cumplir con los objetivos establecidos en la normativa vigente.

Es cada vez más común que las instituciones de Salud Mental busquen establecer protocolos claros para el alta de los pacientes, sin embargo, la falta de implementación de dichos protocolos puede generar resultados inconsistentes y afectar los resultados del proceso de Salud/Enfermedad.

El egreso de un paciente en un servicio de Salud Mental implica la necesidad de proporcionar indicaciones médicas claras y precisas, que permitan la implementación de acciones por parte del paciente, sus cuidadores y las entidades

con las que se encuentre vinculado, con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos y garantizar el bienestar del paciente. Estas indicaciones deben incluir información objetiva, clara y precisa que guíe al paciente y a su entorno en la adopción de acciones seguras que promuevan su recuperación. Por lo tanto, es necesario enriquecer las indicaciones médicas con Recomendaciones Médicas Funcionales (RMF) como una herramienta integral que favorezca la relación y los cuidados entre los diferentes elementos del entorno del paciente, y como un medio para abordar y modificar los factores no farmacológicos asociados al reingreso hospitalario.

Con base en esta investigación, se propone la elaboración de una hoja de ruta para la emisión de Recomendaciones Médicas Funcionales al momento del alta del paciente en los servicios de Salud Mental, desde la perspectiva de la Calidad en la Salud propendiendo por el mejoramiento de la calidad de la atención brindada, promoviendo un enfoque integral que favorezca el bienestar del paciente.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión de literatura en diversas bases de datos utilizando la búsqueda avanzada con los términos "Reingreso hospitalario" y "salud mental" en el título de los documentos. Los períodos de publicación considerados fueron desde 2015 hasta 2023. Se utilizaron buscadores como Google Académico, EBSCO Host, PubMed y Science Direct, accediendo a través de las licencias proporcionadas por la biblioteca de la Universidad El Bosque.

Se establecieron criterios de inclusión para seleccionar los documentos pertinentes: 1. Fecha de publicación entre 2015 y 2023, 2. Documentos desarrollados y aplicados en países de habla hispana (España, México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay, Venezuela, Puerto Rico, República Dominicana, Cuba y Guinea Ecuatorial), 3. Estudios relacionados con patologías de salud mental, 4. Estudios relacionados con las causas de reingreso hospitalario, 5. Estudios relacionados con recomendaciones no farmacológicas para el egreso hospitalario.

Por otro lado, se establecieron criterios de exclusión para descartar documentos no pertinentes: 1. Documentos publicados antes de 2015, 2. Estudios relacionados con patologías no asociadas a la salud mental, 3. Estudios no relacionados con el reingreso hospitalario.

Se tabularon los datos recopilados de la muestra seleccionada y se identificaron los factores analizados en los estudios incluidos. Luego, se realizó un análisis comparativo para seleccionar los factores de interés específicas para esta investigación. Además, se añadieron variables relevantes para el contexto colombiano, clasificándolas en tres categorías de interés: demográficas, clínicas y sociales.

Se tabularon las medidas de frecuencia absoluta relacionadas con los factores reportados en los estudios. A partir de los datos recopilados, se clasificaron los factores utilizando una codificación de colores. Los factores que no presentaban datos fueron marcadas con color naranja, aquellas que tenían datos incompletos o insuficientes se marcaron con color azul y los factores con datos suficientes y completos se marcaron con color verde.

Se realizó un análisis comparativo de los datos agrupados utilizando indicadores de variables en el eje X y los estudios consultados en el eje Y. Para analizar el comportamiento de los factores, se calcularon los promedios por indicador y se presentaron los hallazgos mediante tablas de frecuencia y gráficos de columnas y barras.

Resultados

Se recopiló una muestra de 30 investigaciones relacionadas con el estudio de las causas de

reingreso hospitalario en el servicio de salud Mental en diferentes escenarios clínicos, pacientes con trastornos mentales en general, pacientes con trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), trastorno por consumo de opioides, con trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, trastornos del afecto de tipo bipolar y depresión mayor, trastornos esquizofreniformes, asociados a medicamentos antipsicóticos, trastornos mentales en la adolescencia, trastornos mentales en población vulnerables (Homeless) en diferentes países de América (Colombia, México, Brasil, Argentina, Costa Rica, Cuba, USA, Canadá), de , Europa (Londres, Noruega, España, Suiza, Francia, Italia, Portugal), Asia (Irán y Japón) y Australia (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Muestra de estudios seleccionados para investigación.*

COD.	AÑO	PAIS	REFERENCIA
ART. 1	2017	España	doi:10.5538/2385-703X.2017.7.39
ART. 2	2022	Colombia	doi: 10.1016/j.rcp.2020.11.006.
ART. 3	2022	España	ISSN: 1578-2735
ART. 4	2020	USA	doi:10.1080/08897077.2020.1823548
ART. 5	2022	USA	Eat Weight Disord. Available in PMC 2022 June 01.
ART. 6	2019	Australia	doi: 10.1192/bjo.2018.7210.1192/bjo.2018.72
ART. 7	2019	Londres	doi: 10.1177/0269881118817387
ART. 8	2021	Iran	doi: 10.1186/s12888-021-03559-7
ART. 9	2022	Brasil	doi: 10.1186/s12888-022-03794-6
ART. 10	2022	Colombia	doi: 10.15446/rsap.V24n3.96915
ART. 11	2022	USA	doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10784
ART. 12	2016	Colombia	doi: 10.18566/medupb.v35n1.a03
ART. 13	2015	México	https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/13093/86116T.pdf
ART. 14	2016	Colombia	doi:10.18566/medupb.v35n1.a03
ART. 15	2015	Colombia	https://repositorio.utp.edu.co/handle/11059/5764
ART. 16	2016	Colombia	http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00146014
ART. 17	2019	Colombia	doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.1.5499
ART. 18	2020	Japón	doi: 10.1002/npr2.12140
ART. 19	2020	Cuba	Maury, C. M., et. Al. Reingreso temprano. Hosp. Psiq. Sancti Spiritus. 2019.
ART. 20	2016	Costa Rica	Revista Cúpula 2016; 30 (1): 13-26
ART. 21	2022	Canadá	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322000391
ART. 22	2022	Canadá	doi: 10.3390/healthcare10091808
ART. 23	2019	USA	doi: 10.1016/j.psym.2019.05.002
ART. 24	2017	Brasil	doi: 10.1590/2237-6089-2017-0080
ART. 25	2021	Noruega	doi: 10.1186/s12913-021-06391-7
ART. 26	2023	Canadá	doi: 10.1016/j.psychres.2023.115228
ART. 27	2023	Suiza-Francia	doi: 10.1037/per0000616
ART. 28	2020	Italia	doi: 10.7417/CT.2020.2252
ART. 29	2020	USA	doi: 10.1080/13651501.2019.1699116.
ART. 30	2023	Portugal	doi: 10.3389/fpsyg.2023.1128158

Fuente: El autor, a partir de la revisión de literatura 2023

Se encontraron 21 variables comunes entre los estudios revisados. Se excluyeron 4 variables (Indicación de TECAR en hospitalizaciones previas, Acceso a terapias, Género, Edad) debido a la falta de datos suficientes para el análisis. Finalmente, se analizaron 19 variables para identificar las causas relacionadas con el reingreso hospitalario. (Tabla 2) donde se recopilan variables de análisis con promedio de observación por el cual fueron elegidas así se observó que el 53% de los casos correspondían a hombres y el 47% a mujeres. El 57% eran solteros, el 30% casados, el 11% divorciados y el 1% viudos. El 73% residía en zonas urbanas y el 27% en zonas rurales. El 82% correspondía a población de clase social media baja (Estrato 1, 2 y 3), mientras que el 18% pertenecía a la clase social media alta (Estratos 4, 5 y 6). El 87% tenía un nivel de escolaridad básico o no alfabetizado, y el 14% tenía educación superior. El 61% de los casos reingresó por indicación médica sin el consentimiento del paciente, mientras que el 39% reingresó con el consentimiento del paciente. El 31% de los casos había tenido al menos un ingreso previo, mientras que el 68% había reingresado más de una vez (dos: 16%,

tres: 23%, cuatro: 11% y más de cinco: 18%). El 10% de los reingresos se registró como alta voluntaria en el ingreso anterior, mientras que el 90% se registró como alta médica en el ingreso anterior. El 31% de los reingresos estuvo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 69% de los casos no mostró relación con el consumo de sustancias psicoactivas. El 45% de los casos presentó comorbilidad orgánica, mientras que el 65% no presentó comorbilidad orgánica en el reingreso. El 17% de los reingresos reportó rechazo al tratamiento, mientras que el 83% no reportó rechazo al tratamiento médico. El 29% de los reingresos mostró presencia de sintomatología suicida, mientras que el 71% de los casos no reportó presencia de síntomas suicidas. Según el diagnóstico de ingreso, las categorías más frecuentes según la clasificación CIE-10 fueron los trastornos del afecto (F30.0-99: 31%), los trastornos esquizofreniformes (F20.0-99: 29%) y los trastornos de ansiedad (F40.0-99: 10%), respectivamente. El 66% de los casos reportó acceso a servicios de farmacia, mientras que el 34% de los reingresos reportó no contar con acceso al servicio de farmacia. El 51% de los casos reportó haber recibido seguimiento posterior al último ingreso hospitalario, mientras que el 48% de los casos reportó no haberlo recibido. El 70% de los casos reportó contar con una red de apoyo al momento del reingreso, mientras que el 30% de los casos reportó no contar con una red de apoyo en ese momento. El 17% de los casos reportó tener problemas con la justicia al momento del reingreso. El 34% de los casos reportaron experimentar algún tipo de estrés psicosocial relacionado con el momento del reingreso, mientras que el 66% no reportó sintomatología asociada al estrés psicosocial. El 42% de los casos reportó un estatus laboral cesante al momento del reingreso, mientras que los estatus laborales de empleado (40%), independiente (11%) y pensionado (7%) ocuparon el segundo, tercer y cuarto lugar en frecuencia observada durante el reingreso, respectivamente.

Tabla 3. *Factores asociados al reingreso hospitalario en Salud Mental. Fuente: El autor, 2023.*

Variables	***Indicador***	***Promedio***
Sexo	MASCULINO	53%
	FEMENINO	47%
Estado civil	Soltero	57%
	Casado	30%
	Divorciado	11%
	Viudo	1%
Lugar de residencia	Urbano	73%
	Rural	27%
Estrato socioeconómico	1	22%
	2	34%
	3	26%
	4	14%
	5	2%
	6	2%
Nivel de escolaridad	Sin estudios	16%
	Primaria	30%
	Secundaria	41%
	Técnico	8%
	Profesional	5%
	Posgrado	1%
Tipo de ingreso	Voluntario	39%
	Involuntario	61%
Numero de ingresos en los doce meses previos	1	31%
	2	16%
	3	23%
	4	11%
	5 o mas	18%
Tipo de egreso	Voluntario	10%
	Involuntario	90%
Consumo de spa	SI	31%
	No	69%
Comorbilidad orgánica	SI	45%
	No	55%
Rechazo del tratamiento	SI	17%
	No	83%
Intento suicida	SI	29%
	No	71%
Diagnóstico de egreso	F000 - 99	4%
	F100 - 99	8%
	F200 - 99	29%
	F300 - 99	31%
	F400 - 99	10%
	F500 - 99	7%
	F600 - 99	8%

	F700 - 99	2%
	F800 - 99	1%
	F900 - 99	1%
Acceso a farmacia	SI	66%
	No	34%
Control posegreso	SI	52%
	No	48%
Presencia de red de apoyo	SI	70%
	No	30%
Problemas con la justicia	SI	17%
	No	83%
Estrés psicosocial	SI	34%
	No	66%
Estatus laboral	Cesante	42%
	Empleado	40%
	Pensionado	7%
	Independiente	11%

Fuente: El autor, a partir de la revisión de literatura 2023.

Discusión

A la hora de proponer una iniciativa como la emisión de Recomendaciones Médicas Funcionales (RMF), es fundamental abordar el tema del reingreso o reconsulta hospitalaria en el contexto de la salud mental. En la población psiquiátrica, se observa que un pequeño grupo de individuos utiliza una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios, representando entre el 50% y el 80% de los recursos destinados a la salud mental (VÁSQUEZ R., TALERO B., & FRANCO F., 2022). Por lo tanto, el reingreso hospitalario se presenta como un fenómeno relevante en el servicio de salud mental debido al gasto excesivo que genera en el ámbito sanitario (PRIETO O. & GUISADO M., 2017). Este fenómeno tiene un impacto negativo en el pronóstico de los pacientes y repercusiones en el ámbito familiar, social y ocupacional. El ausentismo laboral y la prolongación de la estancia hospitalaria representan un gasto significativo relacionado con el sistema de salud y el ámbito ocupacional, convirtiendo al reingreso hospitalario en un tema de especial interés (PINZÓN O., CORTES D., PINZÓN O., & ARIAS D., 2020).

En cuanto a la calidad de la salud, el reingreso hospitalario se considera un indicador de eficacia en el servicio de salud mental. Sin embargo, las tasas de reingreso varían según el contexto. Por ejemplo, según Vásquez Real et al. (2009), la tasa de reingreso antes de los 30 días variaba de 4.5 en la República de Eslovaquia a 28.9 por cada 100 pacientes dados de alta en Noruega. Esta variabilidad indica que, aunque el reingreso se utiliza como indicador de calidad de atención y es de especial interés para la formulación de políticas de salud, debe evaluarse dentro del contexto de cada sistema de salud (VÁSQUEZ R., TALERO B., & FRANCO F., 2022). En el caso de Colombia, Pinzón Olmos et al. (2020) encontraron que el sistema de salud tiene características particulares que dificultan el manejo adecuado de las enfermedades mentales crónicas, como la presión administrativa para reducir la duración de la hospitalización y las dificultades para acceder a medicamentos con las aseguradoras.

En cuanto a los factores asociados al reingreso hospitalario, la bibliografía presenta una heterogeneidad de resultados. En Colombia, identificaron el incumplimiento de horarios de citas de seguimiento y tratamiento farmacológico, un mayor número de hospitalizaciones previas, estancias hospitalarias cortas, inicio temprano de la enfermedad, consumo patológico de alcohol y sustancias adictivas, diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, curso de la enfermedad y trastornos de la personalidad y ansiedad como factores sociodemográficos relacionados con el reingreso hospitalario (PINZON O. et al., 2020). Por otro lado, para pacientes con trastorno depresivo mayor se ha observado que los hombres tienen una mayor tendencia a reingresar, pero no hay una relación significativa entre el género y el reingreso. El

desempleo está significativamente relacionado con el reingreso, y a mayor edad temprana de aparición de la enfermedad, mayor es el índice de reingreso. El analfabetismo aumenta la probabilidad de reingreso, mientras que un bajo nivel de escolaridad reduce la probabilidad de recuperación. Los antecedentes familiares de enfermedad mental aumentan el promedio de hospitalización, y la urbanización se relaciona con un aumento en el promedio de hospitalizaciones (PARAMI, TAPAK, POOROLAJAL, MOGHIMBEIGI, & GHALEIHA, 2021).

En el caso de pacientes con trastorno afectivo bipolar, un estudio realizado en Cali, Colombia, encontró que la mayoría de los pacientes que reingresaron por trastorno afectivo bipolar eran adultos con un promedio de edad de 45 años, provenientes de zonas urbanas, de sexo femenino, sin red de apoyo y con bajo nivel socioeconómico y adherencia deficiente al tratamiento farmacológico. Entre los factores asociados al reingreso hospitalario por trastorno afectivo bipolar se encuentra la falta de red de apoyo y la falta de adherencia al tratamiento (CASAS, RANGEL, MORA, HERNÁNDEZ, & MIRANDA, 2022).

En el caso de los pacientes con abuso y/o dependencia de opioides, se encontró que los factores relacionados con el reingreso hospitalario incluyen el abuso de sustancias psicoactivas, infecciones y episodios psiquiátricos en la población adolescente con una alta carga de enfermedad psiquiátrica y una carga baja de comorbilidades médicas (GRZEBINSKI, STEIN, & DHAMOON, 2021).

Para los pacientes con trastornos alimentarios, se encontró que un índice de masa corporal bajo, antecedentes familiares de anorexia nerviosa, presencia de alcoholismo paterno, trastorno alimentario en la infancia, episodios de hiperactividad periódica y un bajo aumento de peso durante la primera admisión son factores relacionados con el reingreso hospitalario (DI VITANTONIO & CHAO, 2021).

En el caso de los pacientes con trastornos de la personalidad, que no se clasifican como enfermedades mentales, pero sí como condiciones clínicas discapacitante que pueden causar importantes dificultades interpersonales e intrapersonales, alteraciones en el funcionamiento social y ocupacional, y pueden tener altos costos sociales, se ha observado que tienen una carga de enfermedad similar en términos de reingreso hospitalario y una mayor probabilidad de readmisión. Este grupo, junto con los individuos con trastornos afectivos, representa alrededor de dos tercios de los ingresos en salud mental. Aunque pasan menos días hospitalizados que aquellos con trastornos psicóticos y trastornos afectivos, presentan un mayor número de reingresos de corta duración (LEWIS, FANIAN, KOTZE, & GRENYER, 2019).

Respecto a las Recomendaciones Médicas Funcionales generadas a partir de esta investigación, si bien la literatura consultada presenta heterogeneidad en cuanto a los factores analizados y los resultados obtenidos, los análisis realizados mediante el diagrama de Ishikawa han permitido la generación de la primera versión de un material técnico basado en la bibliografía. Este material tiene como objetivo orientar al equipo de atención en salud mental, al paciente y a sus familiares sobre medidas que pueden influir en la probabilidad de reingreso hospitalario y fortalecer la interacción en el entorno del paciente.

A partir de esta investigación, se pudo observar que el fenómeno de reingreso hospitalario se caracteriza por la predominancia de pacientes solteros, residentes en áreas urbanas, con bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y desempleados. (Figuras 1, 2 y 3) Espinas de pescado o diagrama de Ishikawa en el cual por cada uno de los factores se identificó cuan es la recomendación para emitir para prevención del resultado “reingreso”.

Figura 1. Diagramas de Ishikawa para la generación de Recomendaciones Médicas funcionales. Fuente: Elaboración del autor 2023

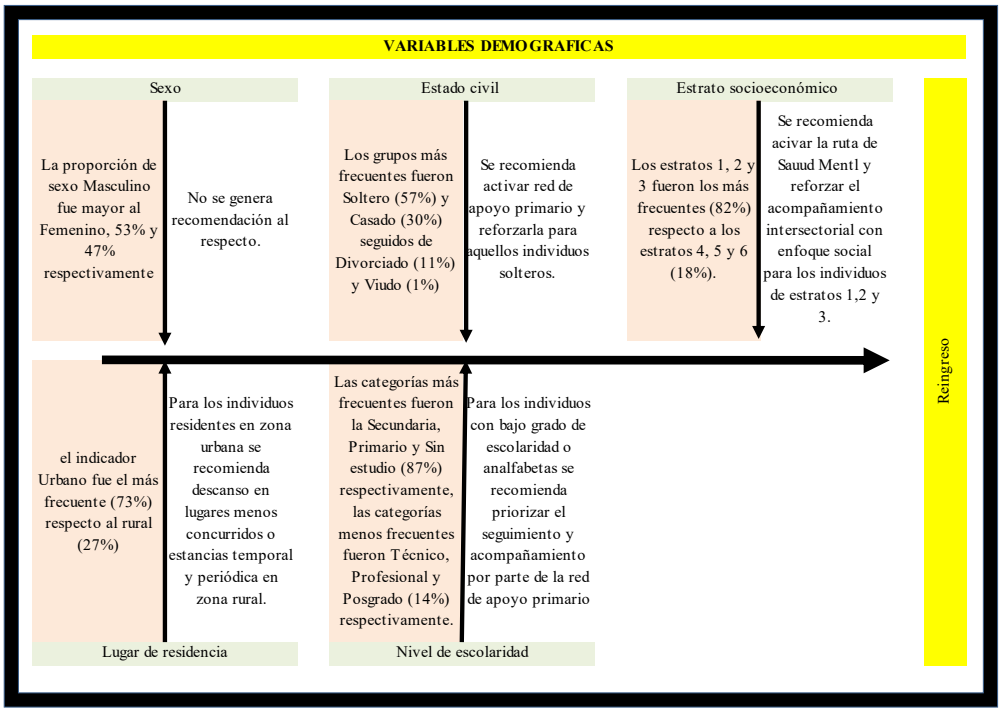


Figura 2. Diagramas de Ishikawa para la generación de Recomendaciones Médicas funcionales. Fuente: El autor, a partir de la revisión de literatura 2023.

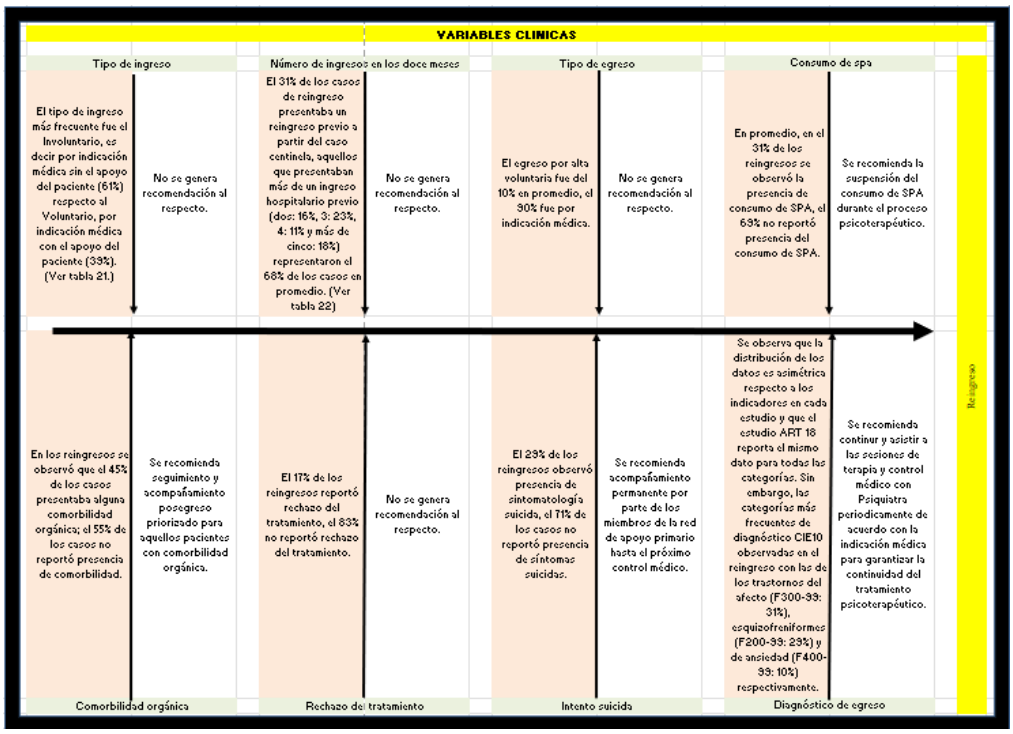
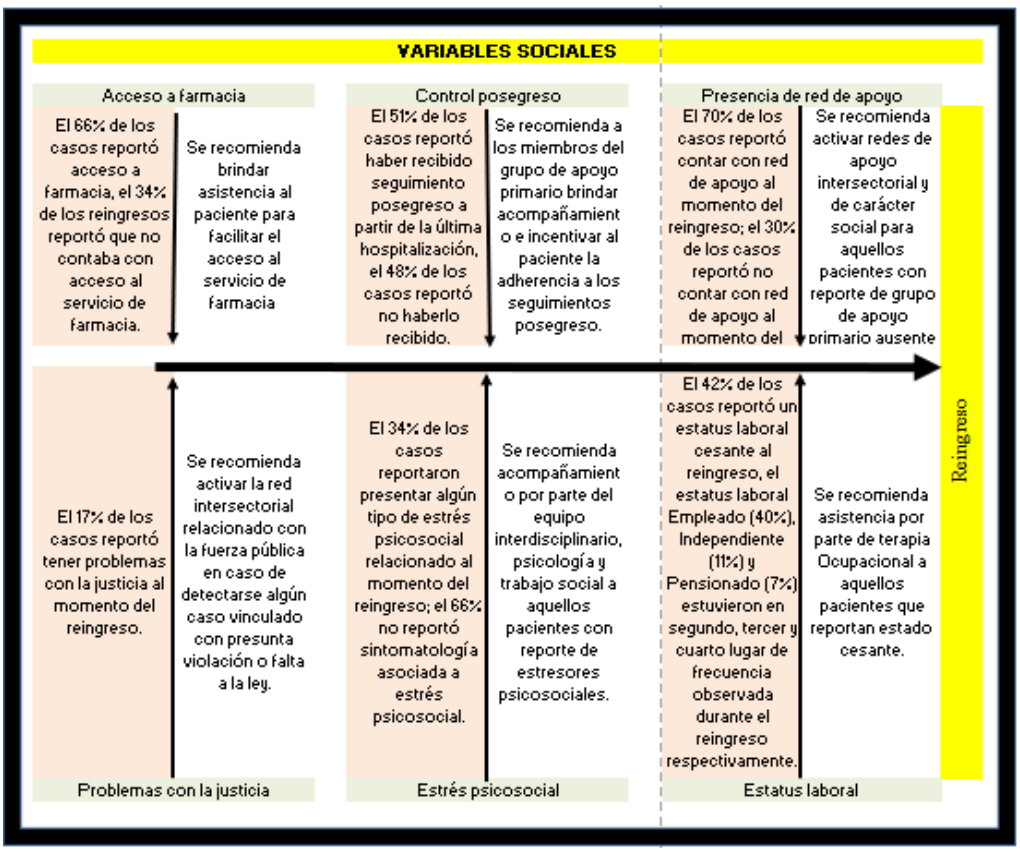


Figura 3. Diagramas de Ishikawa para la generación de Recomendaciones Médicas funcionales. Fuente: Elaboración del autor 2023. Fuente: Elaboración del autor a partir de la revisión de literatura 2023



La hoja de ruta para la emisión de Recomendaciones Médicas Funcionales en el servicio de Salud Mental está dirigido a la Dirección de Servicios de Salud Mental de los prestadores de salud. Para la generación de la hoja de ruta se usó el modelo del ciclo PHVA y la matriz 5W2H para el mejoramiento continuo. Cada fase cuenta con cuatro Etapas (Referenciación, Diagnóstico, Evaluación y Socialización) para su ejecución y desarrollo. Se propuso un periodo de 12 meses que abarcan las cuatro fases del ciclo (Fase de Planear, Hacer, Verificar y Actuar). (Tabla 3). Se establecieron 12 indicadores para la medición periódica del estado de avance en cada etapa. Se establecieron cortes periódicos de medición para le gestión del proceso.

Tabla 3. *Hoja de ruta para la emisión de Recomendaciones Médicas Funcionales en el servicio de Salud Mental. Fuente: Elaboración del autor a partir de los resultados de la investigación. 2023*

SECUENCIA DE ETAPAS / PASOS	5W					2H	
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO?
Etapa de referenciación	Formular una herramienta para el monitoreo del cumplimiento de las RMF.	Para conocer la adherencia y recepción de la hoja de ruta por parte del paciente y su entorno.	Coordinador de atención al usuario o el profesional a cargo de gestionar el customer journey.	En la oficina o área de trabajo del profesional a cargo del customer journey.	mes 11 / 12 meses	El profesional a cargo elabora un instrumento para medir la adherencia del paciente y su entorno a la RMF las cuales se validan durante las llamadas de seguimiento.	Recurso cubierto dentro de la planeación de la nómina en el servicio.
Etapa de Diagnóstico	Generar la actualización para el instrumento de medición a la ejecución de la hoja de ruta sobre la	Para mantener la herramienta de medición alimentada con las novedades observadas durante la ejecución de la	Coordinador de calidad o profesional a cargo de los procesos de calidad en el servicio de salud mental.	En la oficina o área de trabajo del profesional a cargo de los procesos de calidad en el servicio de salud mental.	mes 11 / 12 meses	El profesional a cargo de los procesos de Calidad en el servicio de Salud Mental realiza actualizaciones al instrumento de medición.	Recurso cubierto dentro de la planeación de la nómina en el servicio.

	emisión de RMF.	hoja de ruta en el servicio.					
Etapa de evaluación	Realizar una capacitación periódica al equipo de salud sobre la emisión de RMF.	Para mantener el desarrollo y fortalecimiento de habilidades blandas en el equipo de salud respecto a la hoja de ruta.	Coordinador de Recursos humanos, o el profesional a cargo de las funciones de talento humano en el servicio de salud mental.	Mediante plataforma web de capacitación asincrónica.	mes 11 al 12 / 12 mes	El profesional a cargo implementa un m módulo de capacitación web asincrónico para los miembros del equipo de salud.	Recurso cubierto dentro de la planeación de la nómina en el servicio.
Etapa de Socialización	Actualizar la hoja de ruta para la emisión de RMF.	Promover la continuidad de la estrategia basado en evidencia científica actualizada.	El director Médico o el profesional a cargo de la Dirección del servicio asistencial de la IPS donde se implemente la hoja de ruta.	En la oficina o área de trabajo del profesional a cargo de la Dirección del equipo de salud.	mes 12 / 12 meses	El profesional a cargo de la Dirección del equipo de salud genera una actualización periódica cada tres años sobre la hoja de ruta para la emisión de RMF.	Recurso cubierto dentro de la planeación de la nómina en el servicio.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de los hallazgos de esta investigación se propone que en materia de las características demográficas del paciente se garantice la comunicación y entrega de información a los miembros que componen la red de apoyo primario del paciente, sean estos familiares y/o amigos que tengan un vínculo cercano, se garantice la entrega de información clara y precisa a las organizaciones con las que el paciente se encuentre vinculado respecto a las medidas que estas deben seguir para brindar apoyo desde su alcance sin violar el secreto profesional, que se promueva la estancia del paciente en zonas menos concurridas y con el acompañamiento permanente de sus seres cercanos y priorizar las acciones de seguimiento y/o acompañamiento a aquellos pacientes con bajo grado de escolaridad.

En materia de características clínicas, es imperativo que se refuerce al paciente y a su red de apoyo la indicación de suspender el consumo inmediato de Sustancias Psicoactivas (SPA) que se garantice el contacto periódico entre el paciente o su red de apoyo con los prestadores de Salud Mental para garantizar el seguimiento de casos y la prevención de la enfermedad.

En materia de las características sociales, se recomienda brindar asistencia al paciente para facilitar el acceso al servicio de farmacia, toda vez que las barreras de acceso a este servicio bloquean la continuidad del tratamiento y el mantenimiento de los resultados obtenidos durante el ingreso hospitalario. Se recomienda elaborar una hoja de ruta para la activación intersectorial de organizaciones gubernamentales encargadas de brindar apoyo social a aquellos en condición de vulnerabilidad

social. En caso de pacientes que puedan estar vinculados con procesos de legales de orden judicial se recomienda contar con el flujograma de acción rápida para la notificación y activación de los órganos de control pertinente. Para aquellos pacientes en quienes se observe etiología relacionada con el afrontamiento de estresores sociales es fundamental la atención interdisciplinaria por parte de profesionales en Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

Se concluye que el fenómeno de Reingreso Hospitalario afecta directa e indirectamente a los pacientes, servicios de Salud Mental y a los Sistemas de Aseguramiento, con una disminución en la funcionalidad del paciente, un aumento en la demanda de los servicios de Salud Mental y un aumento en la carga económica de los Sistemas de Salud. Que se cuentan con datos científicos que permiten caracterizar grupos etarios con mayor riesgo de presentar este fenómeno, y en quienes es pertinente la aplicación de una estrategia que fortalezca las medidas no farmacológicas que conforman el contexto del paciente para promover un cambio en su frecuencia de Reingreso Hospitalario y que además fortalezca el Apoyo Social como elemento importante dentro del proceso de rehabilitación y reintegro del paciente a la vida social en el marco de los atributos de la calidad en salud.

Se recomienda la implementación de una hoja de ruta en los servicios de Salud Mental para la emisión de Recomendaciones Médicas Funcionales como estrategia para la gestión del Reingreso Hospitalario desde un enfoque de la Calidad en Salud y el cual representa un fenómeno de interés para gerencia del Servicio de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

ABRIL, F., DIAZ, J., & MARTÍN, A. (mayo-agosto de 2008). ¿La salud: servicio público o derecho fundamental? Revista Salud, Historia y Sanidad, 3(2). Obtenido de https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/79/78

AZULAY TAPIERO, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? Anales de Medicina Interna (Madrid) Online, 18(12), 650-654. doi: ISSN 0212-7199

CASAS, A., RANGEL, M., MORA, D., HERNANDEZ, M., & MIRANDA, C. (2022). Factores asociados al reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar en Valle del Cauca, Colombia. Rev. Salud Pública, 24(3), 1-6.

CASTAÑO, G., SANCHEZ, D., SEMENOVA, N., SALAS, C., BUITRAGO, C., & AGUDELO, M. (2018). Salud Mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. REDICES (Repositorio Digital Institucional Universidad CES). Obtenido de http://hdl.handle.net/10946/3846

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1992). Constitución Política de Colombia. Bogotá.

DI VITANTONIO, K., & CHAO, A. (2021). Factors associated with readmission in patients with eating disorders. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26(5), 1661 - 1667.

DI VITANTONIO, K., & CHAO, A. (1 de junio de 2021). Factors Associated with Readmission in Patients with Eating Disorders. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26, 1661-1667.

EAE BUSINESS SCHOOL. (18 de mayo de 2020). Obtenido de https://www.eae.es/actualidad/noticias/el-protocolo-una-herramienta-que-te-ayudara-marcar-la-diferencia#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20entendemos%20por%20protocolo%3F,c%C3%B3mo%20actuar%20en%20diferentes%20situaciones.

GIGANTESCO, A., PICARDI, A., CHIAIA, E., BALBI, A., & MOROSINI, P. (2002). Satisfacción de los pacientes y los familiares con los servicios psiquiátricos en un área grande de captación en Roma. European Psychiatry (Ed. Española), 9(7), 430-440. doi:doi:10.1017/S1134066500009036

GOMEZ R., C. (2015). Encuesta Nacional De Salud Mental. Bogotá.

GRZEBINSKI, S., STEIN, L., & DHAMOON, M. (2021). Characteristics and outcomes of hospitalizations and readmissions for opioid dependence and overdose: nationally representative data. Substance Abuse Journal, 42(4), 654-661.

IETS. (25 de junio de 2023). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Obtenido de Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud: https://www.iets.org.co/guia-de-practica-clinica/

KOHN, R., LEVAV, I., CALDAS DE ALMEIDA, J., VICENTE, B., ANDRADE, L., CARAVEO-ANDUAGA, J., . . . SARACENO, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública., 18(4/5):229–40.

LEWIS, K., FANIAN, M., KOTZE, B., & GRENYER, B. (January de 2019). Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. British Journal of Psychiatry Open, 5(1), e1.

MANRIQUE ABRIL, F., OSPINA DIAZ, J. M., & MARTINEZ MARTIN, A. F. (2009). ¿LA SALUD: ¿SERVICIO PÚBLICO O DERECHO FUNDAMENTAL? Revista Salud, Historia Y Sanidad, 3((2)). Obtenido de Recuperado a partir de https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/79

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (11 de Julio de 2007). Resolución 2346 del 2007. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: https://www.ins.gov.co/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%202346%20DE%202007.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (15 de noviembre de 2018). Política Pública de Salud Mental. Bogotá: MINSALUD. Recuperado el 25 de 06 de 2023, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (25 de 11 de 2019). Resolución 3100. 230. Bogotá, Colombia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2023). Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Recuperado el 01 de 05 de 2023, de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx

MOLINA, M., PEREZ, M., & HERNANDEZ F., B. (2019). Reingreso temprano. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Sancti Espíritus. Jornada Virtual de Psiquiatría.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (18 de 04 de 2023). Sectores e Industrias, Servicios de Salud. Obtenido de https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--es/index.htm

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (17 de 06 de 2022). (© 2023 WHO)

Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra, Suiza: © Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2023). Salud Mental. Recuperado el 09 de 04 de 2023, de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington DC: © Organización Panamericana de la Salud 2018. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

ORGANIZACOIN MUNDIAL DEL COMERCIO. (18 de 04 de 2023). Servicios por sectores, Servicios sociales y de salud. Obtenido de https://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/health_social_s/health_social_s.htm#:~:text=Los%20servicios%20sociales%20y%20de,servicios%20sociales%20y%20de%20salud.

PARAMI, S., TAPAK, L., POOROLAJAL, J., MOGHIMBEIGI, A., & GHALEIHA, A. (2021). Identifying factors associated with the hospital readmission rate among patients with major depressive disorder. BMC Psychiatry, 21(542).

PINZON O., M., CORTES D., C., PINZON O., T., & ARIAS D., R. (2020). Determination of factors associated with early readmission of patients with mental illness in two cities in Colombia during 2018. Revista Colombiana de Psiquiatría, 51(3), 176-182.

PRIETO O., J., & GUISADO M., J. (2017). Estudio descriptivo del reingreso de pacientes con enfermedad mental en la unidad de hospitalización breve del hospital de Mérida (Badajoz) del servicio extremeño de salud. Rev Enferm Salud Mental, 7, 39-49.

RETOLAZA, A., & GRANDES, G. (2003). Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de Salud Mental. Actas Españolas de Psiquiatría, 31(4), 171-176.

SALAMERO, M., PONS, A., DOMENECH, R., ROMERO, A., PRAT, A., & SOLÉ, P. (2001). Evaluación de la calidad percibida en psiquiatría (II): Experiencia en el Hospital Clinic de Barcelona. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 28(4), 213-219.

SANCHEZ G., J., & COLL M., F. (01 de 04 de 2020). econonomipedia. Obtenido de https://economipedia.com/definiciones/servicio.html

VASCONCELOS, J., GARDUÑO P., T., TAPIA S., J., & SALAZAR S., J. (12 de junio de 2009). Guía Técnica para elaborar o actualizar Lineamientos. México: Procuraduría Federal del Consumidor, Coordinación General de Administración. Obtenido de https://www.profeco.gob.mx/juridico/Documentos/CGA/Manuales/GT-EAL-610.pdf

VASQUEZ R., M., TALERO B., E., & FRANCO F., M. (2022). Factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados al reingreso precoz en pacientes de salud mental. (©. 2. https://amazingbooks.es/, Ed.) Actas Españolas de Psiquiatría, 50(6), 248-255.