



GUIA DE RECOMENDACIONES

Para la prevención y manejo de altas demoradas en internaciones por salud mental en hospitales generales

Equipo de Investigación

Sara Ardila-Gómez (Universidad de Buenos Aires - CONICET), **Melina Rosales** (Universidad de Buenos Aires - CONICET), **Martín Agrest** (Proyecto Suma - Universidad de Buenos Aires), **Claudia Baffo** (Universidad Nacional del Comahue), **Natalia Delmonte** (Universidad de Buenos Aires), **Marina A. Fernández** (Universidad de Buenos Aires - CONICET), **Alberto Velzi-Díaz** (Universidad Nacional de Rosario).

> **Financiamiento:** Proyecto UBACyT 20020220400014BA. Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires

> **Contacto:** sara.ardila@psi.uba.ar, [@redinvestigacionessaludmental](https://www.instagram.com/redinvestigacionessaludmental), www.investigacionessaludmental.com

/// **Cómo citar este documento:** Red Investigaciones en Salud Mental (2026). Guía de recomendaciones para la prevención y manejo de altas demoradas en internaciones por salud mental en hospitales generales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ///

Participaron de la revisión de las recomendaciones

Verónica Alais (Buenos Aires), Paula Alegría (Neuquén), Valeria Arnica (Chaco), Adrián Osvaldo Barbieri (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Fernando Carlos Bertolani (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Martín Bruni (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Sandra Caccavo (Río Negro), Martín Francisco Caillava (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Karina Giselle Canteros (Catamarca), Darío Caram (Río Negro), Lorena Soledad Carrizo (Jujuy), Nadia Fernández Ventura (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Cynthia Griffiths (Chubut), Virginia Guardati (Santa Fe), Mercedes Kopelovich (Buenos Aires), Marcelo Kremis (Formosa), María Eugenia López (Tucumán), Sonia K. Maceira (Buenos Aires), Mónica Medina (Jujuy), Antonella Mirengi (Río Negro), Alberto Gustavo Núñez (La Rioja), Nicolas Alberto Oviedo (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Alejandrina A. Páez (Santa Cruz), Ana Palatnik (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Gabriela Natalia Pastorini (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Marcos Sebastián Pelizzari (La Pampa), Paula Pellicci (La Rioja), Cecilia Laura Ponce (Córdoba), Maira Reiser (San Juan), María Luz Scappatura (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Laura Scévola (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Claudia Carina Sforza (Chaco), C. Sebastián Soria (Neuquén), Agustín Yécora (Jujuy), Damián Zúccolo (Buenos Aires).

Organización y revisión final

Sara Ardila Gómez y Melina Rosales

Diseño y diagramación

Daniel Barros | danydesign1985@gmail.com

Contenido

RESÚMEN EJECUTIVO | pág 4
ACERCA DE ESTA GUÍA | pág 6

Ideas de Base | pág 6
Propósito de la Guía | pág 7
Objetivos | pág 8
Forma de Uso Sugerida | pág 8

1. Definición, sistematización y registro | pág 11
2. Inicio de la internación | pág 18
3. Durante la internación | pág 24
4. Al momento del alta | pág 30
5. Post alta | pág 33
6. Organización y trabajo en equipo | pág 35
7. Trabajo en red | pág 41

ANEXO METODOLÓGICO | pág 44

Fase 1. Construcción inicial de los ítems | pág 44

Fase 2. Proceso de revisión y consenso con expertos | pág 45

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | pág 46

RESÚMEN EJECUTIVO

Las altas demoradas son un problema para los sistemas de atención en salud, impactando tanto en las personas internadas como en los equipos de salud y en el funcionamiento del sistema en su conjunto. En el caso de salud mental, las internaciones prolongadas no son la excepción. Sin embargo, las internaciones prolongadas por salud mental en hospitales generales adquieren características específicas que complejizan su abordaje. Por ello es necesario establecer guías orientadoras para el abordaje de los equipos de atención.

A los fines de esta guía, se entiende por alta demorada en HG a las internaciones que cumplan alguno de estos dos criterios: aquellas que se extienden a pesar de tener criterios clínicos para el alta y aquellas que, aun con criterios clínicos de internación, extiendan su duración por 30 días o más (1).

El objetivo de la presente guía es establecer un marco de buenas prácticas y acciones orientadas a prevenir la ocurrencia de altas demoradas y a mejorar su manejo cuando estas situaciones se presentan, promoviendo procesos de atención y alta oportunos, integrales y centrados en las personas.

Se dirige principalmente a equipos de salud que trabajan en la atención de internaciones por salud mental en hospitales generales, aunque también puede acompañar las decisiones de otros equipos interdisciplinarios del área de justicia, de organismos de control y supervisión de las internaciones, de ámbitos de gestión del sistema de salud, como así también de instituciones públicas y privadas.

La guía es el resultado de un trabajo de investigación coordinado y desarrollado entre 2024 y 2025 por la Red de Investigaciones en Salud Mental, equipo con sede en la Universidad de Buenos Aires. En este proceso se entrevistó a trabajadores de hospitales generales de diferentes lugares de Argentina involucrados en la atención de personas internadas por salud mental; se consultaron guías de otros países; y se realizó un listado de recomendaciones que fue revisado y ampliado por expertos de equipos de atención en salud, de gestión de servicios y sistemas de salud mental, y del sector justicia.

Las recomendaciones se organizan en siete áreas: Definición, sistematización y registro; Inicio de la internación; Durante la internación; Al momento del alta; Post alta; Organización y trabajo en equipo; Trabajo en red.

La guía se concibe como un punto de partida para la reflexión y la construcción situada de estrategias de trabajo en cada institución. Las recomendaciones son flexibles y pueden adaptarse a las particularidades de cada equipo, territorio y contexto de atención. La guía no sustituye el criterio clínico ni las normativas vigentes, sino que busca ofrecer un marco común para la toma de decisiones y la mejora continua de las prácticas.

Construcción de la guía



#1 ENTREVISTA

55 entrevistas
a equipos de salud de 17 jurisdicciones (mayo-nov. 2024).



#2 IDENTIFICACIÓN DE ÍTEMS

5 investigadores identificaron ítems a partir del análisis de las entrevistas.



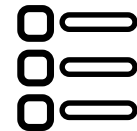
#3 REVISIÓN DE GUÍAS INTERNACIONALES

15 guías revisadas



#4 CONSULTA A EXPERTOS

47 expertos (gestión, trabajadores de servicios, sector justicia).



#5 RONDAS DE REVISIÓN

2 rondas de revisión; se incluyeron los ítems aceptados por el 80% de los expertos.

ACERCA DE ESTA GUÍA

/// Ideas de Base

Internación por Salud Mental en Hospitales Generales

La internación por salud mental es un dispositivo de atención intensivo orientado al abordaje de episodios agudos o de crisis, en el caso de riesgo para la persona o terceros, que requiere contención clínica y terapéutica, y que excede las posibilidades del tratamiento ambulatorio (2-4). Es un componente, entre otros, de un proceso continuo e integrado de atención en el marco de una red de cuidados en salud mental.

Las normativas y recomendaciones nacionales y regionales promueven que las internaciones por salud mental se realicen en Hospitales Generales (HG), ya que en ellos se disminuye el riesgo de cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de las personas atendidas, además de promoverse un mejor abordaje de la salud integral de las personas (3-5).

Altas Demoradas en Hospitales Generales

En el marco de las internaciones por salud mental en HG, las altas demoradas (AD) suceden cuando la internación continúa pese a que ya se hubiese definido que la persona está en condiciones de alta desde una perspectiva clínica o en el caso de internaciones con duración de 30 días o más (1).

Las demoras en el alta son un indicador negativo de la calidad de atención en los HG. La evidencia internacional identifica una serie de factores asociados a una mayor probabilidad de AD (6-11), que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Factores Asociados a Altas Demoradas

Individuales	Psicosociales	Del sistema de salud
Comorbilidad médica y/o psiquiátrica.	Ausencia o fragilidad de red social continente.	Fallas en la coordinación y continuidad de cuidados interinstitucional e intersectorial.
Diagnóstico de trastorno psicótico.	Situación habitacional inestable.	Falta de dispositivos comunitarios de atención.
Mayor severidad clínica al ingreso.	Falta de ingresos económicos.	
Mayor edad.		

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de literatura (6-11).

Las Altas Demoradas como Problema a Resolver

Las AD en HG constituyen un problema sanitario complejo con implicaciones para la persona internada, su entorno, así como también para otras personas con necesidades de atención -clínicas y de vulneración de derechos- y para el sistema de salud (12-15). Las consecuencias negativas se resumen en el siguiente gráfico:

Adicionalmente, el problema de las AD debe ser abordado para adecuar las prácticas a la normativa vigente que regula la atención en salud mental, que establece que las internaciones deben ser lo más breves posibles, y que no pueden sostenerse para resolver problemáticas sociales, laborales o habitacionales (4).

/// Propósito de la Guía

Ofrecer un marco operativo para la prevención y el manejo de las AD en internaciones por motivos de salud mental en HG, promoviendo prácticas sistemáticas y centradas en la persona, que permitan garantizar que la duración de la internación se limite al tiempo estrictamente necesario desde el punto de vista clínico y para la organización de un alta sustentable.

/// Objetivos

- Brindar recomendaciones para establecer criterios comunes para la definición, identificación, sistematización y registro de las altas demoradas en hospitales generales.
- Ofrecer herramientas para incorporar la planificación del alta desde el momento del ingreso.
- Proponer pautas para promover la articulación intersectorial y el trabajo en red, favoreciendo la continuidad de cuidados y la inclusión comunitaria.
- Ofrecer lineamientos a fin de fortalecer las capacidades técnicas de los equipos de salud que trabajan con internaciones por salud mental en hospitales generales.

/// Forma de Uso Sugerida

Esta guía se elaboró a partir de la revisión de la literatura, de las prácticas en servicios de internación y de las recomendaciones de expertos en el tema. Se propone como una herramienta de apoyo para los equipos de salud y se recomienda un uso dinámico, participativo y reflexivo por parte de los equipos que consulten la guía.

Puede resultar útil:

- Leer y discutir los apartados de la guía en reuniones de equipo, identificando qué recomendaciones ya se implementan y cuales requieren mayor desarrollo.
- Evitar descartar de antemano recomendaciones por considerarlas “inviabiles”; en caso de ser necesarias, se debe construir viabilidad para su aplicación (16).
- Incorporar las recomendaciones en ateneos o espacios de supervisión, especialmente en aquellas que el equipo identifica como más difíciles de implementar.
- Analizar situaciones o casos concretos a la luz de la guía, para identificar brechas y puntualizar oportunidades de mejora.
- Revisar periódicamente los indicadores o pautas construidas a partir de las recomendaciones, como parte del monitoreo de su implementación.
- Utilizar las listas de verificación incluidas al final de cada área de recomendación, para monitorear y evaluar la implementación de la guía en el servicio. Se sugiere:

o Definir un periodo de análisis acorde al funcionamiento del servicio. Por ejemplo, trimestral, semestral o anual.

o Usar las listas de verificación de manera periódica y sistemática, por ejemplo, una vez al año.

o Puntuar el grado de cumplimiento de cada recomendación, utilizando la siguiente escala:

No Aplica la recomendación / No es relevante	No corresponde al funcionamiento del servicio.
Aún sin implementar	No se aplica en la práctica.
Poco implementada	Se utilizó entre el 10% y el 40% de los casos en el periodo analizado.
Parcialmente implementada	Se utilizó entre el 40% y el 80% de los casos en el período analizado.
Totalmente implementada	Se utilizó entre un 80% y el 100% de los casos analizados.

Tenga en cuenta que algunos grupos de recomendaciones pueden ser evaluadas con el análisis de casos individuales de personas atendidas, pero otras hacen referencia a acciones más generales por parte del equipo. Por ejemplo, para la recomendación “Designar a una persona responsable de garantizar la producción y seguimiento de estadísticas básicas” se puede verificar si existe tal persona designada, y se puntuaría como “totalmente implementada” si existe, y “aún sin implementar” si tal persona no está designada. Por su parte, para la recomendación “Desde el ingreso, identificar detalladamente la situación habitacional de la persona”, puede ser evaluada considerando las 10 personas que fueron internadas en el periodo analizado (enero-abril) y allí mirar el porcentaje de los casos en los que ésto se hizo, para determinar qué puntuación de la escala se corresponde.

Por último, recuerde que la guía no sustituye el criterio clínico ni las normativas vigentes, sino que busca ofrecer un marco común para la toma de decisiones y la mejora continua de las prácticas.

Si tras revisar y utilizar esta guía, quiere enviarnos comentarios o sugerencias, se lo agradecemos (mail: sara.ardila@psi.uba.ar)



1. Definición, sistematización y registro

- 1.1 Contar con una definición compartida de 'alta demorada'.
- 1.2 Establecer un término estandarizado en la historia clínica para identificar desde cuándo la persona se encuentra en condición de alta demorada.
- 1.3 Registrar la fecha en que se indicó el alta, pero no se concretó.
- 1.4 Registrar, al cierre de cada mes, las personas con alta demorada y datos que caractericen su situación.
- 1.5 Registrar en la historia clínica los motivos específicos de la demora en el alta, evitando formulaciones genéricas.
- 1.6 Designar a una persona responsable de garantizar la producción y seguimiento de estadísticas básicas.
- 1.7 Establecer códigos estandarizados para identificar factores de riesgo de alta demorada .
- 1.8 Construir un glosario con la definición de los códigos asignados a los casos de alta demorada.
- 1.9 Revisar y validar por parte del equipo de salud mental del hospital, los códigos estandarizados para identificar factores de riesgo o indicadores de alta demorada .
- 1.10 Crear subcategorías en los códigos de alta demorada.
- 1.11 Registrar en un lugar visible para todo el equipo el número de días de internación, el cual se actualiza diariamente.
- 1.12 Crear un anexo en la historia clínica denominado "plan de egreso". Este debe diligenciarse desde el inicio de la internación.
- 1.13 Realizar un análisis anual de los casos de alta demorada, utilizando indicadores de resultado, con el fin de diseñar intervenciones específicas para su reducción.

Este grupo de recomendaciones se orienta a: (1). establecer criterios compartidos para identificar las altas demoradas y (2). fortalecer su registro y monitoreo. Incluye la construcción de términos compartidos y códigos comunes en la historia clínica, el registro preciso de fechas y motivos de demora, la producción periódica de datos y su análisis. El objetivo es transformar el registro y la sistematización de datos en una herramienta activa para anticipar, gestionar y reducir las demoras.

o **Recomendación 1.1 Contar con una definición compartida de ‘alta demorada’.**

Una definición compartida permite unificar criterios entre profesionales y servicios, y garantiza que todos identifiquen el fenómeno bajo los mismos parámetros.

En esta guía se sugiere como definición, que puede ser adoptada por el equipo. Esta es: Internación que se prolonga a pesar de haberse definido que la persona se encuentra en condiciones de alta desde una perspectiva clínica, o cuya duración es de 30 días o más 1.

o **Recomendación 1.2 Establecer un término estandarizado en la historia clínica (HC) para identificar desde cuándo la persona se encuentra en condición de alta demorada.**

Indicar en la HIC con un término estandarizado cuando el alta de la persona está siendo demorada, ayuda a la identificación precisa de esta información. Además, puede servir para comunicaciones con otros organismos o niveles a fin de solicitar su intervención.

Un término posible, que ya se emplea, es “paciente alojado”. Otras opciones son: “paciente en condiciones de alta desde la fecha X”, “paciente a la espera de (especificar recurso o servicio necesario) desde la fecha X”.

o **Recomendación 1.3 Registrar la fecha en que se indicó el alta, pero no se concretó.**

Identificar esta fecha permite realizar el cálculo del “exceso de días de internación”, esto es, el número de días entre el alta indicada y el alta efectuada. Este dato es un indicador que puede ayudar a contar con datos concretos para incidir en el diseño de acciones y políticas específicas y ayuda a la evaluación y reflexión permanente del trabajo desde el servicio.

o **Recomendación 1.4 Registrar, al cierre de cada mes, las personas con alta demorada y datos que caractericen su situación.**

Esto permite tener un monitoreo constante de las personas en situación de AD, que sirve como insumo para activar acciones con autoridades y organismos intervinientes. Al hacerse mensualmente, facilita el manejo de la información y el seguimiento.

o **Recomendación 1.5 Registrar en la HC los motivos específicos de la demora en el alta, evitando formulaciones genéricas.**

Este registro es información valiosa para accionar sobre ellos. Por ejemplo, “falta de respuesta de otra institución” no permite entender qué fue lo que ocurrió, ni identificar de qué institución se trata. En equipos en que varias personas intervienen, además del uso de términos o código común, las descripciones ayudan a la articulación intra-equipo.

◦ **Recomendación 1.6 Designar a una persona responsable de garantizar la producción y seguimiento de estadísticas básicas.**

Es importante que una persona asuma de manera explícita la función de coordinación o seguimiento de la información estadística, a fin de darle relevancia a la tarea misma de producción de información. Puede ser una responsabilidad rotativa, según las pautas y tiempos de trabajo.

◦ **Recomendación 1.7 Establecer códigos estandarizados para identificar factores de riesgo de alta demorada.**

Además de la descripción detallada de cada caso, resulta necesario identificar en la HC o registros del servicio de manera sistemática aquellos factores que, según la experiencia del equipo, el análisis de los datos del servicio y la literatura científica, se asocian con mayor frecuencia a las AD. La utilización de códigos estandarizados para estos factores permite producir información, que puede ser utilizada para la planificación de intervenciones desde el servicio, el hospital o el sistema de salud. Algunos ejemplos de códigos de factores de riesgo de alta demorada son: “persona mayor de 60 años”, “persona con comorbilidad física”, “persona con inestabilidad en la vivienda”, “persona sin tratamiento de salud mental previo”, “persona sin red vincular de apoyo”.

◦ **Recomendación 1.8 Construir un glosario con la definición de los códigos asignados a los casos de alta demorada.**

Esto implica pensar una definición clara y operativa del código (factor de riesgo). Su armado permite asegurar el uso homogéneo entre los distintos profesionales del equipo. No solo reduce ambigüedades en el registro, sino que también vuelve viable el uso de la información para planificar intervenciones. En el glosario se sugiere incluir una descripción clara de cada factor de riesgo e incluir ejemplos que orienten su aplicación.

◦ **Recomendación 1.9 Revisar y validar los códigos estandarizados en cada una de las instituciones y equipos de salud.**

Esta revisión y validación permite asegurar que son pertinentes para cada contexto y población. Los acuerdos dentro del equipo favorecen, primeramente, el efectivo uso de los códigos y, a la larga, la consistencia de los registros. Puede ser pertinente que la revisión sea periódica (anualmente), a fin de incorporar el habitual dinamismo que incide en la organización de los servicios o los cambios en los recursos disponibles en el territorio. Se sugiere utilizar codificaciones ya existentes.

◦ **Recomendación 1.10 Crear subcategorías en los códigos de alta demorada.**

Esto permite caracterizar mejor y con mayor detalle las distintas situaciones que pueden encontrarse detrás de un mismo factor de riesgo. Por ejemplo, si el código es “Inestabilidad en la vivienda”, detallar: “falta de una vivienda”, “tener una vivienda

inadecuada o que presente riesgos para la persona”, “problemas con vecinos, inquilinos y/o propietarios”, “problemas asociados con la vida en una institución residencial”, etc.

Además, permite distinguir diferentes niveles de necesidad de apoyo, tipos de recursos requeridos o situaciones sociales específicas, para consecuentemente orientar mejor las estrategias de articulación con los otros sectores intervinientes. Ejemplos de niveles de apoyo en relación a la vivienda son: “requiere un lugar donde vivir, pero no apoyo permanente de salud mental, mediante subsidio habitacional”; “requiere un lugar donde vivir y apoyo permanente en salud mental, mediante subsidio habitacional más acompañante terapéutico o enfermero”, “hogar especializado en adultos mayores”; “apoyos al sostenimiento de vida en vivienda propia, mediante equipo de seguimiento” (17-18).

Ejemplos de definiciones operativas para cada código

> Persona con comorbilidad física: persona con presencia de una o más enfermedades médicas crónicas o agudas clínicamente relevantes (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, trastornos neurológicos u otras condiciones que requieren seguimiento médico).

> Persona con inestabilidad en la vivienda: persona que al momento del egreso no cuenta con una vivienda estable o segura. Se incluye “requiere un lugar donde vivir, pero no apoyo permanente de salud mental”; “requiere un lugar donde vivir y apoyo permanente en salud mental”; “hogar especializado en adultos mayores”; “hogar especializado en personas con discapacidad”; “apoyos al sostenimiento de vida en vivienda propia”.

> Persona sin tratamiento previo en salud mental: persona que no registra ningún tipo de antecedente de atención en salud mental (ni ambulatorio, ni de internación).

Se recomienda el uso de codificación y clasificaciones ya existentes, por ejemplo las desarrolladas desde la Organización Mundial de la Salud. Si se requiere, éstas se pueden adaptar a las características del contexto.

o Recomendación 1.11 Registrar en un lugar visible para todo el equipo, el número de días de internación, el cual se actualiza diariamente.

Contar con un registro visible permite al equipo tener presente la evolución en el tiempo de cada caso. Esto puede realizarse en la historia clínica o en un una pizarra o anotador que sea visible para todo el equipo.

o **Recomendación 1.12 Crear un anexo en la Historia Clínica denominado “plan de egreso”.**

Disponer de este anexo permite orientar la internación hacia la preparación del alta, desde el inicio de la internación, favoreciendo que los equipos identifiquen los apoyos, recursos y gestiones necesarias para concretar el egreso. Se sugiere construir una lista de verificación de acciones que se deben tener en cuenta para el egreso.

o **Recomendación 1.13 Realizar un análisis anual de los casos de AD.**

Hacerlo permite identificar patrones, factores asociados y los obstáculos en los procesos de alta. El uso de indicadores de resultado facilita conocer la magnitud del problema, ir monitoreando la evolución del mismo y diseñar intervenciones específicas para su reducción.

¿Qué es un indicador de resultado?

Es una medida que permite evaluar qué efecto o resultado produjo una intervención, práctica o política. Nos muestran si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas y qué nivel de éxito se alcanzó. (19)

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
1.1 Contar con una definición compartida de 'alta demorada'.					
1.2 Establecer un término estandarizado en la historia clínica para identificar desde cuándo la persona se encuentra en condición de alta demorada.					
1.3 Registrar la fecha en que se indicó el alta, pero no se concretó.					
1.4 Registrar, al cierre de cada mes, las personas con alta demorada y datos que caractericen su situación.					
1.5 Registrar en la historia clínica los motivos específicos de la demora en el alta, evitando formulaciones genéricas.					
1.6 Designar a una persona responsable de garantizar la producción y seguimiento de estadísticas básicas.					
1.7 Establecer códigos estandarizados para identificar factores de riesgo de alta demorada.					
1.8 Construir un glosario con la definición de los códigos asignados a los casos de alta demorada.					
1.9 Revisar y validar por parte del equipo de salud mental del hospital, los códigos estandarizados para identificar factores de riesgo o indicadores de alta demorada.					
1.10 Crear subcategorías en los códigos de alta demorada.					

PERIODO ANALIZADO:

NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
1.11 Registrar en un lugar visible para todo el equipo el número de días de internación, el cual se actualiza diariamente					
1.12 Crear un anexo en la historia clínica denominado “plan de egreso”. Este debe diligenciarse desde el inicio de la internación.					
1.13 Realizar un análisis anual de los casos de alta demorada, utilizando indicadores de resultado, con el fin de diseñar intervenciones específicas para su reducción.					

2. Inicio de la internación

- 2.1** Verificar desde el inicio de la internación la existencia del DNI y, si no lo hay, tramitarlo de manera urgente.
- 2.2** Planificar el alta desde el momento del ingreso.
- 2.3** Identificar desde el inicio de la internación a pacientes con necesidades complejas de alta.
- 2.4** Identificar áreas o sectores con los cuales articular, de acuerdo con las necesidades del paciente.
- 2.5** Detectar tempranamente si la persona está o estuvo en tratamiento en otro servicio y comunicarse con éste.
- 2.6** Desde el ingreso, identificar detalladamente la situación habitacional de la persona.
- 2.7** Identificar tan pronto como sea posible si la persona cuenta con red de apoyo.
- 2.8** Involucrar a la red vincular en la planificación del alta desde el ingreso.
- 2.9** Identificar tan pronto como sea posible si la persona trabaja.
- 2.10** Identificar tan pronto como sea posible si la persona recibe asistencia de servicio social.
- 2.11** Detectar tempranamente si la persona tiene ingresos económicos.
- 2.12** Documentar con el paciente y su red si la dificultad para el alta existía antes de la internación, qué se intentó y los resultados obtenidos.
- 2.13** Al consignar “riesgo cierto e inminente” como motivo de internación, detallar en qué consiste específicamente para la persona.

Este grupo de recomendaciones se orienta a incorporar la planificación del alta desde el momento del ingreso, identificando tempranamente factores clínicos, sociales, habitacionales, económicos y vinculares que puedan dificultar el egreso oportuno. Se incluye la detección precoz de indicadores de riesgo y la articulación con servicios y sectores que hayan intervenido en la trayectoria de la persona, incluida su red de apoyo. El objetivo es anticipar obstáculos potenciales y construir, desde el inicio, una estrategia de egreso viable y sostenida.

o **Recomendación 2.1. Verificar, desde el inicio de la internación, la existencia de DNI y, si no lo hay, tramitarlo de manera urgente.**

El Documento Nacional de Identidad (DNI) es imprescindible para una gran cantidad de gestiones y acciones necesarias para garantizar la continuidad de cuidados y el alta. Su tramitación, si falta, es indispensable. Es importante que el equipo, en articulación con el servicio social del HG, tenga claro cómo gestionarlo y que las trabas burocráticas externas o internas al hospital, no lo demoren.

o **Recomendación 2.2 Planificar el alta desde el momento del ingreso.**

No es lo mismo iniciar la planificación del alta desde el momento del ingreso que cuando la persona está estabilizada o se ha resuelto la situación que condujo a la internación. Si se postergan acciones y trámites, puede que la internación se alargue innecesariamente. La planificación del alta debe ser un proceso dinámico, flexible y susceptible de ser modificado según la evolución. Además, constituye una herramienta orientadora para los equipos: una guía de acción que permite organizar tareas, intervenciones y articulaciones necesarias para la externación. El plan de alta debería, en la medida de lo posible, definir qué acciones deben realizarse, en qué plazos estimados y quiénes son los responsables de llevarlas adelante.

o **Recomendación 2.3 Identificar desde el inicio de la internación a pacientes con necesidades complejas de alta.**

Los pacientes con necesidades complejas de alta son aquellos en quienes se identifica la presencia de al menos 3 factores de riesgo individuales o psicosociales para AD. Los factores de riesgo o factores asociados para alta demorada se encuentran en la tabla 1 de esta Guía. El criterio de al menos 3 factores de riesgo es arbitrario, es decir, el equipo puede elegir otro parámetro (presencia de 2 factores o presencia de 4 factores, o establecer una jerarquía entre los factores más asociados en el contexto local).

o **Recomendación 2.4 Identificar áreas o sectores con los cuales articular, de acuerdo con las necesidades del paciente.**

Algunas de las dificultades para el alta se refieren a la continuidad de cuidados y al acceso a servicios de apoyo y por ello es de utilidad identificar tempranamente cuáles son las instituciones o los sectores a contactar. Por ejemplo, puede ser necesario articular con áreas que gestionen apoyos a la vivienda en la localidad, PAMI para adultos mayores, servicios del primer nivel, entre otros.

o **Recomendación 2.5 Detectar tempranamente si la persona está o estuvo en tratamiento en otro servicio y comunicarse con éste.**

Esto ayuda a identificar aspectos importantes de la trayectoria de la persona y contribuye a asegurar continuidad del tratamiento y una pronta recepción por parte de otros servicios. Además, evita que la internación se prolongue por no poder transferir los cuidados a otros niveles (por ejemplo, control psicofarmacológico, tratamiento en hospital de día, psicoterapia).

o **Recomendación 2.6 Desde el ingreso, identificar detalladamente la situación habitacional de la persona.**

La inestabilidad habitacional es uno de los aspectos más frecuentemente asociados a las altas demoradas. Este concepto (19) amplía la mirada sobre la vivienda, pues contempla, además de la falta de una vivienda, el tener una vivienda inadecuada o riesgosa, problemas con vecinos, inquilinos y/o propietarios, problemas asociados con la vida en una institución residencial, y otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas (por ejemplo, vivienda aislada, deudas, riesgo de pérdida de vivienda, etc.).

o **Recomendación 2.6 Identificar tan pronto como sea posible si la persona cuenta con red de apoyo.**

La red de apoyo es central para el alta. Es necesario conocer con quiénes cuenta la persona, qué tipos de apoyos brinda o le pueden brindar los diferentes integrantes de la red y si esta también requiere de apoyo para poder cumplir con su función de cuidado y acompañamiento. Redes contenidas, cuidan mejor.

o **Recomendación 2.8 Involucrar a la red vincular en la planificación del alta desde el ingreso.**

Involucrar a la red vincular desde el inicio de la internación en la planificación del alta permite incorporar su perspectiva, recabar información de forma más ágil y establecer desde el comienzo que el alta pronta es un objetivo del proceso.

o **Recomendación 2.9 Identificar tan pronto como sea posible si la persona trabaja.**

El trabajo es una dimensión de la vida que es importante conservar, y que a su vez puede ser fuente de preocupación durante la internación. Lo mismo vale para otras actividades significativas, por ejemplo, el estudio.

o **Recomendación 2.10 Identificar tan pronto como sea posible si la persona recibe asistencia de algún servicio social.**

Esto ayuda a conocer los recursos con los que cuenta la persona no sólo para el alta, sino para que ésta sea sustentable. A su vez, permite construir una estrategia de articulación con servicios sociales que tenga en cuenta lo ya hecho en otros ámbitos previamente.

o **Recomendación 2.11 Detectar tempranamente si la persona tiene ingresos económicos.**

Los recursos económicos son un factor determinante en el alta sustentable, por lo cual es necesario conocer si la persona cuenta con éstos, y cuál es su fuente de ingreso (trabajo, subsidios, ayuda familiar, entre otros).

o **Recomendación 2.12 Documentar con el paciente y su red si la dificultad para el alta existía antes de la internación, qué se intentó y los resultados obtenidos.**

Es fundamental conocer las acciones ya intentadas para resolver las dificultades que obstaculizan el alta, pues ayuda a una mejor utilización de los recursos y estrategias de intervención. Por ejemplo, si se tiene problemas de vivienda, si se intentó obtener anteriormente algún subsidio habitacional, si esto se logró o no, y por qué.

o **Recomendación 2.13 Al consignar “riesgo cierto e inminente” como motivo de internación, detallar en qué consiste específicamente para la persona.**

El “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” es el criterio establecido para las internaciones involuntarias según la legislación vigente en Argentina. Por ello es indispensable poder caracterizar a qué se refiere éste en el caso concreto de cada paciente. Es necesario que todo el equipo de salud tenga claro qué significa, en el caso de cada persona.

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
2.1 Verificar desde el inicio de la internación la existencia del DNI y, si no lo hay, tramitarlo de manera urgente.					
2.2 Planificar el alta desde el momento del ingreso.					
2.3 Identificar desde el inicio de la internación a pacientes con necesidades complejas de alta.					
2.4 Identificar áreas o sectores con los cuales articular, de acuerdo con las necesidades del paciente.					
2.5 Detectar tempranamente si la persona está o estuvo en tratamiento en otro servicio y comunicarse con éste.					
2.6 Desde el ingreso, identificar detalladamente la situación habitacional de la persona.					
2.7 Identificar tan pronto como sea posible si la persona cuenta con red de apoyo.					
2.8 Involucrar a la red vincular en la planificación del alta desde el ingreso.					
2.9 Identificar tan pronto como sea posible si la persona trabaja.					
2.10 Identificar tan pronto como sea posible si la persona recibe asistencia de servicio social.					

PERIODO ANALIZADO:

NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
2.11 Detectar tempranamente si la persona tiene ingresos económicos.					
2.12 Documentar con el paciente y su red si la dificultad para el alta existía antes de la internación, qué se intentó y los resultados obtenidos.					
2.13 Al consignar “riesgo cierto e inminente” como motivo de internación, detallar en qué consiste específicamente para la persona.					

3. Durante la internación

- 3.1 Realizar seguimiento intensivo y diario de los pacientes durante la internación.
- 3.2 Incorporar escalas de discapacidad, rehabilitación y habilidades de la vida diaria en el seguimiento.
- 3.3 Definir y registrar en la HC los criterios e indicadores para el alta del paciente.
- 3.4 Comunicar al paciente y su red los criterios o indicadores para el alta.
- 3.5 Recabar información del paciente y su red vincular, sobre las acciones que ellos han emprendido para lograr el alta del paciente lo antes posible.
- 3.6 Identificar las dificultades de la red vincular para acordar el alta.
- 3.7 Brindar apoyo a la red vincular para superar las dificultades identificadas en el proceso de alta.
- 3.8 Registrar periódicamente en la HC todas las acciones para lograr el alta efectiva.
- 3.9 Transmitir consistentemente al paciente y su red que el hogar es el lugar adecuado y que permanecer en el hospital no es lo mejor.
- 3.10 Informar semanalmente al paciente y su red sobre avances y acciones para lograr el alta.
- 3.11 Verificar que los órganos de justicia y/o de control de las internaciones de competencia local estén informados sobre la dificultad en el alta.

Este grupo de recomendaciones se orienta a fortalecer las gestiones y trabajos con el paciente y su red de apoyo y otras instituciones intervinientes durante el transcurso de la internación, con el fin de sostener activamente el proceso de alta. El objetivo es que la internación sea un proceso de intervención intensivo y dinámico.

o **Recomendación 3.1 Realizar seguimiento intensivo y diario de los pacientes durante la internación.**

Ampliamente desarrollada por los equipos de atención, esta recomendación permite monitorear la evolución clínica o sintomática de la persona, como así también los factores que pueden obstaculizar el egreso y ajustar a tiempo las intervenciones necesarias para favorecer el alta.

o **Recomendación 3.2 Incorporar escalas de discapacidad, rehabilitación y habilidades de la vida diaria en el seguimiento.**

El objetivo de la incorporación de dichas escalas es evaluar de manera sistemática el nivel de autonomía de la persona y sus necesidades de apoyo. Incorporar estas herramientas permite identificar cuáles objetivos son alcanzables en el marco de la internación y cuáles deberán continuar trabajándose en dispositivos comunitarios. Una escala puede no captar acabadamente todas las dificultades que se hacen presente en la realidad de una persona, pero constituyen herramientas que le permiten al equipo fundamentar de modo más sólido las necesidades de apoyo frente a otros organismos intervinientes, es decir, ayudan a dialogar con otros sectores.

o **Recomendación 3.3 Definir y registrar en la HC los criterios e indicadores para el alta del paciente.**

Explicitar los criterios e indicadores para el alta permite orientar la internación hacia objetivos clínicos y funcionales claros para todos los integrantes del equipo. Que dichos criterios e indicadores estén en la HC contribuye a ordenar la toma de decisiones.

Las decisiones del alta suelen surgir de las deliberaciones y discusiones al interior de los equipos. Los criterios de alta no buscan reemplazar ese intercambio ni debate, sino más bien ofrecer un marco compartido que ayude a estructurar la discusión y hacer explícitos los objetivos del tratamiento durante la internación.

o **Recomendación 3.4 Comunicar al paciente y su red los criterios o indicadores para el alta.**

La comunicación clara y comprensible permite que la persona internada y su red vincular comprendan los objetivos de la internación y las condiciones necesarias para el alta. Se evitan interpretaciones erróneas sobre la duración de la internación, se reducen incertidumbres y facilita la participación en las acciones que se necesitan para el egreso.

o **Recomendación 3.5 Recabar información del paciente y su red vincular, sobre las acciones que ellos han emprendido para lograr el alta del paciente lo antes posible.**

Puede que el paciente y su red hayan realizado gestiones para el alta hospitalaria. Conocer esa información puede aportar al equipo de salud datos relevantes sobre recursos disponibles, contactos institucionales o trámites ya iniciados, evitando duplicar gestiones y facilitando la planificación del egreso.

o **Recomendación 3.6 Identificar las dificultades de la red vincular para acordar el alta.**

La red vincular puede presentar miedos, incertidumbre o falta de información acerca de las necesidades de apoyo, los recursos disponibles o el funcionamiento del sistema. Esto puede generar resistencias frente al alta. Identificar estas dificultades permite prevenir demoras innecesarias.

o **Recomendación 3.7 Brindar apoyo a la red vincular para superar las dificultades identificadas en el proceso de alta.**

Una vez identificadas las dificultades de la red vincular, es importante acompañar la búsqueda de soluciones. Eso incluye brindar información clara sobre la problemática de la persona internada, qué es esperable y qué no. Es importante comunicar a la red las pautas de alarma que deberían atender durante el proceso de alta, a la vez que orientar sobre recursos disponibles en el sistema comunitario de atención o el apoyo en la gestión de trámites o dispositivos para continuidad de cuidados.

o **Recomendación 3.8 Registrar periódicamente en la HC todas las acciones para lograr el alta efectiva.**

El registro detallado y sistemático de las intervenciones clínicas, psicosociales y de articulación facilita la continuidad de trabajo entre los distintos integrantes del equipo, a la vez que contribuye a visibilizar los esfuerzos realizados para concretar el egreso desde el equipo de internación. Éstas incluyen:

Tabla 3. Intervenciones para lograr el alta efectiva

Intervenciones clínicas	Intervenciones psicosociales	Intervenciones de articulación
Evaluaciones periódicas del estado psicopatológico.	Entrevistas con familiares o red vincular.	Articulación con programas sociales o dispositivos comunitarios.
Interconsultas con otras especialidades médicas.	Evaluaciones de condiciones habitacionales.	Solicitud de turnos para seguimiento ambulatorio.
		Contacto con obras sociales o seguros de salud.
		Comunicaciones con el sector justicia.

Fuente: Elaboración propia.

o Recomendación 3.9 Transmitir consistentemente al paciente y su red que el hogar es el lugar adecuado y que permanecer en el hospital no es lo mejor.

En algunos casos, el paciente y su red pueden percibir que el HG es un entorno más seguro o protector que el contexto comunitario. Transmitir que el mejor lugar para estar es la comunidad ayuda a alinear las expectativas y evitar la naturalización de una estancia prolongada en el HG.

o Recomendación 3.10 Informar semanalmente al paciente y su red sobre avances y acciones para lograr el alta.

Compartir estos avances permite que las personas involucradas comprendan mejor el estado del proceso de alta, las acciones que ya se han realizado y aquellas que aún se encuentran pendientes.

o Recomendación 3.11 Verificar que los órganos de justicia y/o de control de las internaciones de competencia local estén informados sobre la dificultad en el alta.

La comunicación con estas instancias permite que las decisiones judiciales consideren la situación global actual de la persona y las gestiones del equipo para facilitar el alta. Además, favorece la articulación interinstitucional y la identificación de alternativas o recursos que permitan destrabar situaciones que generen AD. La articulación con los Órganos de Revisión de Salud Mental (Ley 26.657) también contribuye a visibilizar obstáculos y promover soluciones intersectoriales.

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
3.1 Realizar seguimiento intensivo y diario de los pacientes durante la internación.					
3.2 Incorporar escalas de discapacidad, rehabilitación y habilidades de la vida diaria en el seguimiento.					
3.3 Definir y registrar en la HC los criterios e indicadores para el alta del paciente.					
3.4 Comunicar al paciente y su red los criterios o indicadores para el alta.					
3.5 Recabar información del paciente y su red vincular, sobre las acciones que ellos han emprendido para lograr el alta del paciente lo antes posible.					
3.6 Identificar las dificultades de la red vincular para acordar el alta.					
3.7 Brindar apoyo a la red vincular para superar las dificultades identificadas en el proceso de alta.					
3.8 Registrar periódicamente en la HC todas las acciones para lograr el alta efectiva.					
3.9 Transmitir consistentemente al paciente y su red que el hogar es el lugar adecuado y que permanecer en el hospital no es lo mejor.					

PERIODO ANALIZADO:

NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
3.10 Informar semanalmente al paciente y su red sobre avances y acciones para lograr el alta.					
3.11 Verificar que los órganos de justicia de competencia local estén informados sobre la dificultad en el alta.					

4. Al momento del alta

- 4.1 Considerar al paciente corresponsable de su información en salud, entregándole al momento del alta documentos claros, en papel y formato electrónico.
- 4.2 Entregar al momento del alta un documento con “Instrucciones de alta”.
- 4.3 Explorar con la red vincular sus horarios disponibles para el acompañamiento del paciente al momento del alta.
- 4.4 Garantizar seguimiento continuo de la persona tras el alta, hasta tanto se efectivice la derivación o el turno en otro servicio.
- 4.5 Designar a un miembro del equipo de salud como responsable de apoyar e informar a quienes recién reciben el alta respecto de las acciones a realizar para prevenir una nueva internación.

Este grupo de recomendaciones se orienta a fortalecer las acciones vinculadas al momento en que se realiza el alta, identificando responsables, procedimientos e información necesaria a generar y compartir. El objetivo es aportar a la continuidad de la atención y a la corresponsabilidad del paciente y su red vincular.

o **Recomendación 4.1 Considerar al paciente corresponsable de su información en salud, entregando al momento del alta documentos claros, en papel y formato electrónico.**

Toda intervención del equipo es una oportunidad para el empoderamiento y autonomía de la persona. El acceso a la información es un derecho de las personas, además de que ayuda al acceso a la misma por parte de otros equipos, servicios y niveles de cuidado. Se recomienda que esta información se entregue, en lo posible, en formato de papel y electrónico. En algunos lugares se desarrollaron bitácoras de salud, que son de responsabilidad del paciente y que sirven para la comunicación entre instituciones de la red de cuidados.

o **Recomendación 4.2 Entregar al momento del alta un documento con “Instrucciones de alta”.**

Se recomienda entregar a la persona un documento de “instrucciones de alta”, que contenga como información mínima: epicrisis, turno ambulatorio, indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, pautas de alerta y entrega de medicación hasta el siguiente turno.

La información a incluir en este documento debe ser decidida por el equipo, y estandarizada en el servicio o institución a fin de garantizar se complete de manera adecuada y continua por parte del personal encargado de diligenciarlo.

○ **Recomendación 4.3 Explorar con la red vincular sus horarios disponibles para el acompañamiento del paciente al momento del alta.**

A fin de lograr la participación y corresponsabilidad de la red vincular en el acompañamiento del paciente, es importante procurar adecuar ciertas actividades a sus posibilidades, y no que la red vincular deba adecuarse a la organización del servicio. Muchas veces los horarios de visita o las citas no se condicen con los tiempos y posibilidades de la red vincular. Por ello, se debe procurar conocer estos horarios tempranamente, a fin de reducir esta barrera para la participación de la red vincular en momentos claves del tratamiento, como es el alta.

○ **Recomendación 4.4 Garantizar seguimiento continuo de la persona tras el alta, hasta tanto se efectivice la derivación o el turno en otro servicio.**

Algunos equipos de internación en hospitales generales realizan uno o varios controles de seguimiento tras el alta, entre tanto llega la fecha en que se cuenta con turno en otro nivel de cuidado o en otro servicio.

○ **Recomendación 4.5 Designar a un miembro del equipo de salud como responsable de apoyar e informar a quienes recién reciben el alta respecto de las acciones a realizar para prevenir una nueva internación.**

El momento del alta es un momento importante de la internación. La forma y el tipo de información que se brinde va a ser fundamental para prevenir rupturas en la continuidad de cuidado y reinternaciones. Se debe estar seguro de haber brindado toda la información necesaria y que la persona y su red la han comprendido. Esta información incluye: a dónde dirigirse para continuar su tratamiento, proveer los documentos necesarios para informar al sitio en donde se continúe su tratamiento sobre lo ocurrido en la internación y señales de alarma que requieren de consulta inmediata.

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
4.1 Considerar al paciente corresponsable de su información en salud, entregándole al momento del alta documentos claros, en papel y formato electrónico.					
4.2 Entregar al momento del alta un documento con "Instrucciones de alta".					
4.3 Explorar con la red vincular sus horarios disponibles para el acompañamiento del paciente al momento del alta.					
4.4 Garantizar seguimiento continuo de la persona tras el alta, hasta tanto se efectivice la derivación o el turno en otro servicio.					
4.5 Designar a un miembro del equipo de salud como responsable de apoyar e informar a quienes recién reciben el alta respecto de las acciones a realizar para prevenir una nueva internación.					

5. Post alta

5.1 Establecer alguna comunicación directa entre el servicio de internación y el servicio que recibe al paciente, para establecer la continuidad del tratamiento.

5.2 Verificar que la información enviada en caso de referencia a otro servicio haya sido recibida.

Este grupo de recomendaciones incluye acciones conducentes a promover la continuidad del tratamiento tras la internación. Su objetivo es formalizar este proceso de tránsito entre el HG y otros servicios, aportando a la sostenibilidad del alta.

o Recomendación 5.1 Establecer alguna comunicación directa entre el servicio de internación y el servicio que recibe al paciente, para establecer la continuidad del tratamiento.

Además de dar la información a la persona y su red, es importante establecer comunicación directa con el servicio y/o profesional que continuará con la atención. Esta comunicación posiblemente requiera de más tiempo al inicio, entretanto se establecen canales más aceitados de comunicación y trabajo en red.

o Recomendación 5.2 Verificar que la información enviada en caso de referencia a otro servicio haya sido recibida.

Adicionalmente, es importante llamar telefónicamente o enviar un mensaje de texto verificando que la información enviada a través de la persona y su red de apoyo haya sido recibida, y que la persona haya iniciado el contacto con el servicio al que fue remitido.

PERIODO ANALIZADO:

NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
5.1 Establecer alguna comunicación directa entre el servicio de internación y el servicio que recibe al paciente, para establecer la continuidad del tratamiento.					
5.2 Verificar que la información enviada en caso de referencia a otro servicio haya sido recibida.					

6. Organización y trabajo en equipo

- 6.1** Elaborar un compendio anual de intervenciones en altas demoradas, evaluando su éxito.
- 6.2** Priorizar la tarea de alta y comunicar su importancia a los profesionales en formación.
- 6.3** Capacitar al personal de otras áreas o servicios del hospital que participa del proceso de internación, sobre la importancia del alta y cómo evitar demoras innecesarias.
- 6.4** Capacitar al equipo sobre el modelo social de discapacidad y el sistema de apoyos en salud mental.
- 6.5** Capacitar al equipo sobre el modelo de cuidados progresivos en la organización hospitalaria.
- 6.6** Realizar capacitaciones periódicas según especialidad para mejorar intervenciones.
- 6.7** Diseñar e impartir capacitación específica para residentes sobre manejo y planificación de altas.
- 6.8** Realizar un relevamiento sobre el impacto de las altas demoradas en los trabajadores y su trabajo.
- 6.9** Establecer por escrito indicaciones claras para intervenciones durante fines de semana o feriados.
- 6.10** Discutir en equipo el criterio de riesgo cierto e inminente de la Ley Nacional de Salud Mental.
- 6.11** Revisar y discutir en equipo guías de manejo o guías de práctica clínica existentes.
- 6.12** Revisar y discutir en equipo los lineamientos existentes a nivel nacional o de la jurisdicción, sobre Urgencias en Salud mental e Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales.
- 6.13** Crear una red con otros servicios de internación para compartir recursos y experiencias.

Este grupo de recomendaciones propone acciones vinculadas al fortalecimiento de los propios equipos de trabajo en los hospitales, mediante la sistematización y reflexión sobre su trabajo, la capacitación y formación continua y la vinculación con equipos de trabajo similares. Su objetivo es transformar las actitudes y las prácticas en relación a las altas demoradas.

○ **Recomendación 6.1 Elaborar un compendio anual de intervenciones en altas demoradas, evaluando su éxito.**

Esta revisión puede ser un componente de la planificación y evaluación anual del servicio, y sus resultados pueden ser presentados en la reunión final anual del servicio. Sistematizar y registrar qué se hizo, qué sirvió y que no, en relación con las altas demoradas, es un insumo que ayuda a mejorar la calidad de la atención.

○ **Recomendación 6.2 Priorizar la tarea de alta y comunicar su importancia a los profesionales en formación, sin delegarla como secundaria.**

El alta es un momento del proceso de atención importante pues incide en una continuidad de la atención exitosa. Es un momento de transición para la persona y su red, y es necesario que se desarrolle de manera cuidadosa. Esto es fundamental de transmitir a los profesionales en formación, en acciones que impliquen dedicarle tiempo y espacio adecuado.

○ **Recomendación 6.3 Capacitar al personal de otras áreas o servicios del hospital que participa del proceso de internación, sobre la importancia del alta y cómo evitar demoras innecesarias.**

El personal de otras áreas o servicios no especializados en salud mental cumple un rol importante. Esto incluye –aunque no se restringe a–: equipos de guardia, de pediatría, de clínica médica, área de legales del hospital, enfermería, servicio social, entre otros. Es necesario que estas personas sean capacitadas sobre lo problemático de las altas demoradas, y sobre sus aportes para prevenirlas. En la capacitación se puede construir de manera conjunta un listado de acciones que realizan o que podrían realizar desde su rol.

○ **Recomendación 6.4 Capacitar al equipo sobre el modelo social de discapacidad y el sistema de apoyos en salud mental.**

La capacitación sobre estos temas puede ayudar a los equipos de atención a visualizar su propio rol en la generación de mayores márgenes de autonomía y de involucramiento de las personas en su proceso de recuperación.

○ **Recomendación 6.5 Capacitar al equipo sobre el modelo de cuidados progresivos en la organización hospitalaria.**

Ir afianzando este modelo de organización de cuidados hospitalarios puede contribuir a una mayor corresponsabilidad por los procesos de alta oportunos.

○ **Recomendación 6.6 Realizar capacitaciones periódicas según especialidad para mejorar intervenciones.**

A partir de la identificación de aspectos que pueden incidir en altas más oportunas, es importante desarrollar capacitaciones según responsabilidades e incumbencias específicas, para mejorar las capacidades del equipo. Por ejemplo: actualizaciones sobre manejo de medicamentos, intervenciones familiares, políticas y programas sociales, entre otros.

○ **Recomendación 6.7 Diseñar e impartir capacitación específica para residentes sobre manejo y planificación de altas.**

Los residentes suelen participar activamente en el seguimiento cotidiano de los pacientes internados, la recopilación de información clínica y social, y la coordinación de acciones con otros actores del sistema. Incorporar contenidos sobre manejo y planificación de altas en su formación permite fortalecer su capacidad para identificar tempranamente situaciones de riesgo de AD.

○ **Recomendación 6.8 Realizar un relevamiento sobre el impacto de las altas demoradas en los trabajadores y su trabajo.**

Las AD impactan en los equipos de trabajo, generando desesperanza y desmotivación. Poder identificar cómo estos efectos en los propios trabajadores se vinculan con las AD puede ayudar a aunar compromisos por modificar e intervenir en tales situaciones.

○ **Recomendación 6.9 Establecer por escrito indicaciones claras para intervenciones durante fines de semana o feriados.**

Los fines de semana y feriados suelen extender innecesariamente las internaciones, al funcionar como “tiempos muertos”, en parte por la ausencia de personal autorizado para ciertas intervenciones. Por ello, es clave contar con un plan de acción claro para ingresos, intervenciones y altas en esos días. Cada día innecesario implica costos diversos. Además, los fines de semana pueden ser momentos de mayor disponibilidad para la red vincular.

○ **Recomendación 6.10 Discutir en equipo el criterio de riesgo cierto e inminente de la Ley Nacional de Salud Mental.**

Dado que el “riesgo cierto e inminente” es el criterio para las internaciones involuntarias en Argentina, el alta se produce cuando este cesa. Por ello, es clave que el equipo construya acuerdos claros sobre este concepto, por sus implicancias clínicas y legales en el ingreso y el alta.

○ **Recomendación 6.11 Revisar y discutir en equipo guías de manejo o guías de práctica clínica existentes.**

Las guías de manejo o de práctica clínica son un insumo orientador para optimizar las acciones e intervenciones durante las internaciones, pudiendo así redundar en la ocurrencia de las altas demoradas. Muchas veces, las guías no se conocen ni son trabajadas por parte de los equipos. Se propone su revisión y puesta en discusión.

o Recomendación 6.12 Revisar y discutir en equipo los lineamientos existentes a nivel nacional o de la jurisdicción, sobre Urgencias en Salud Mental e Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales.

Existen guías y recomendaciones locales sobre el trabajo en salud mental en los HG. Su revisión y discusión, como parte del proceso de formación continua, permite mejorar las prácticas. Ejemplo de ellas son las Recomendaciones para el “Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales” (2018) y la Guía “Atención de las Urgencias en Salud Mental de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones” del Ministerio de Salud de la Nación (2019) (21-22) y la “Guía de Atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022) (23). También se puede incluir la revisión de los sistemas de registro estandarizados existentes a nivel nacional o jurisdiccional, como el “Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental” que es parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

o Recomendación 6.13 Crear una red con otros servicios de internación para compartir recursos y experiencias.

Los equipos de salud mental en HG suelen trabajar de manera aislada, incluso en una misma jurisdicción. Generar canales de intercambio permite ampliar herramientas y fortalecer su rol en la construcción de políticas en materia de salud y protección social. Jornadas y espacios de intercambio profesional y científico, así como intercambio con programas de formación de grado y posgrado pueden ser propicios para tejer estas redes.

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
6.1 Elaborar un compendio anual de intervenciones en altas demoradas, evaluando su éxito.					
6.2 Priorizar la tarea de alta y comunicar su importancia a los profesionales en formación.					
6.3 Capacitar al personal de otras áreas o servicios del hospital que participa del proceso de internación, sobre la importancia del alta y cómo evitar demoras innecesarias.					
6.4 Capacitar al equipo sobre el modelo social de discapacidad y el sistema de apoyos en salud mental.					
6.5 Capacitar al equipo sobre el modelo de cuidados progresivos en la organización hospitalaria.					
6.6 Realizar capacitaciones periódicas según especialidad para mejorar intervenciones.					
6.7 Diseñar e impartir capacitación específica para residentes sobre manejo y planificación de altas.					
6.8 Realizar un relevamiento sobre el impacto de las altas demoradas en los trabajadores y su trabajo.					
6.9 Establecer por escrito indicaciones claras para intervenciones durante fines de semana o feriados.					

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
6.10 Discutir en equipo el criterio de riesgo cierto e inminente de la Ley Nacional de Salud Mental.					
6.11 Revisar y discutir en equipo guías de manejo o guías de práctica clínica existentes.					
6.12 Revisar y discutir en equipo los lineamientos existentes a nivel nacional o de la jurisdicción, sobre Urgencias en Salud mental e Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales.					
6.13 Crear una red con otros servicios de internación para compartir recursos y experiencias					

7. Trabajo en red

- 7.1** Abogar para que las AD en salud mental se incluyan como tema prioritario en mesas intersectoriales municipales o distritales.
- 7.2** Identificar personas de otros sectores para reuniones periódicas sobre pacientes con AD.
- 7.3** Contactar servicios y agencias para fortalecer vínculos e identificar competencias de cada sector respecto a personas con AD.
- 7.4** Amar un mapa de red.
- 7.5** Actualizar anualmente el mapa de red.
- 7.6** Coordinar con el área legal del hospital para facilitar derivaciones.
- 7.7** Establecer comunicación con servicios de primer nivel de la red territorial.
- 7.8** Mantener comunicación con el sector justicia.

Muchos de los obstáculos para el egreso exceden las posibilidades de resolución del equipo de salud, por lo que resulta necesario promover instancias de trabajo intersectorial, mejorar la comunicación y establecer un “mapa de red”. El objetivo de este grupo de recomendaciones es fortalecer la articulación del servicio de internación del HG con otros sectores e instituciones del territorio que integran la “red”, para abordar el problema de las AD.

◦ **Recomendación 7.1 Abogar para que las AD en salud mental se incluyan como tema prioritario en mesas intersectoriales municipales o distritales.**

Las AD suelen vincularse a barreras que exceden al sistema de salud, como la falta de apoyos sociales, vivienda o dispositivos comunitarios. Por ello, requieren abordajes intersectoriales. Registrar y sistematizar datos es clave, y las mesas intersectoriales son espacios oportunos para compartir esta información, visibilizar el problema y promover respuestas coordinadas.

◦ **Recomendación 7.2 Identificar personas de otros sectores para reuniones periódicas sobre pacientes con AD.**

Puede ser útil identificar actores clave que realmente puedan intervenir directamente en la situación. Es importante identificar el rol o función, y la persona específica que lo ejerce.

◦ **Recomendación 7.3 Contactar servicios y agencias para fortalecer vínculos e identificar competencias de cada sector respecto a personas con AD.**

Favorece el conocimiento mutuo y la articulación ante situaciones de altas demoradas. Estos intercambios permiten comprender funciones, recursos y límites de cada sector. Sostener canales de comunicación abiertos facilita respuestas más ágiles cuando surgen los casos.

◦ **Recomendación 7.4 Armar un mapa de red.**

El mapa de red es un registro actualizado de los recursos territoriales. Incluye la identificación y caracterización de dispositivos, programas o instituciones que brindan apoyos para sostener el alta. Se sugiere incorporar información básica como tipo de servicio, referente y datos de contacto.

El “mapa de red” puede presentarse en forma de tabla o listado organizado por sectores, incluyendo una breve caracterización del recurso y datos de contacto actualizado.

◦ **Recomendación 7.5 Actualizar anualmente el mapa de red.**

Mantener el mapa de red actualizado y accesible para todo el equipo permite que éste sea consultado al momento de planificar el egreso de los pacientes. Se sugiere actualizarlo anualmente, verificando los datos de contacto, e incorporando nuevos dispositivos o programas.

◦ **Recomendación 7.6 Coordinar con el área legal del hospital para facilitar derivaciones.**

En algunas situaciones, las derivaciones se ven obstaculizadas por cuestiones legales y administrativas que exceden a los equipos. La articulación temprana con el área de legales puede facilitar gestiones ante organismos judiciales, orientar sobre marcos normativos y colaborar en la redacción de notas u oficios.

◦ **Recomendación 7.7 Establecer comunicación con servicios de primer nivel de la red territorial.**

Es clave para facilitar la continuidad de cuidados una vez finalizada la internación. Además, esta articulación puede contribuir a clarificar responsabilidades entre equipos y favorecer transiciones de cuidado que sean ordenadas y reduzcan el riesgo de AD.

◦ **Recomendación 7.8 Mantener comunicación con el sector justicia.**

La comunicación con juzgados, defensorías, asesorías tutelares contribuye a anticipar y resolver cuestiones legales que pueden demorar el egreso. Es particularmente importante cuando la situación de la persona internada se encuentre atravesada por intervenciones judiciales —por ejemplo, procesos de restricción de la capacidad, medidas de protección.

PERIODO ANALIZADO:**NÚMERO DE CASOS CONSIDERADOS PARA EL ANÁLISIS:**

RECOMENDACIÓN	No Aplica/ No es relevante	Aún sin implementar	Poco Implementado (10- 40%)	Parcialmente implementado (40% - 80%)	Totalmente Implementado (80% - 100%)
7.1 Abogar para que las AD en salud mental se incluyan como tema prioritario en mesas intersectoriales municipales o distritales.					
7.2 Identificar personas de otros sectores para reuniones periódicas sobre pacientes con AD.					
7.3 Contactar servicios y agencias para fortalecer vínculos e identificar competencias de cada sector respecto a personas con AD.					
7.4 Amar un mapa de red.					
7.5 Actualizar anualmente el mapa de red.					
7.6 Coordinar con el área legal del hospital para facilitar derivaciones.					
7.7 Establecer comunicación con servicios de primer nivel de la red territorial.					
7.8 Mantener comunicación con el sector justicia.					

ANEXO METODOLÓGICO

El proceso de elaboración de la guía tuvo dos fases. En la primera se realizó la construcción y organización inicial de los ítems. En la segunda se llevó a cabo un proceso de revisión y validación por expertos, orientado a evaluar, ajustar y priorizar los ítems de la etapa inicial.

Fase 1. Construcción inicial de los ítems

Se hicieron entrevistas a equipos de salud de hospitales generales y revisión de guías internacionales sobre altas hospitalarias demoradas. Entre mayo y noviembre de 2024, se realizaron 55 entrevistas a equipos de salud de servicios de internación en hospitales generales de 17 jurisdicciones del país. En la entrevista se abordó: concepciones sobre las altas demoradas (AD), prácticas de registro de AD, percepción de los trabajadores sobre AD, y sugerencias para la elaboración de una guía de manejo, consultando a los equipos acerca de qué contenidos o áreas consideraban relevantes, y si utilizaban guías de práctica en su trabajo cotidiano.

A partir de la lectura de las entrevistas, cinco investigadores del equipo identificaron de forma independiente posibles ítems a incluir en la guía de manejo. Posteriormente, se realizó un primer proceso de agrupamiento de ítems conceptualmente similares, reduciendo redundancias y organizando el material.

De forma paralela, se revisaron 15 guías internacionales sobre gestión de altas hospitalarias demoradas o problemáticas similares, desarrolladas en Australia, Canadá, Reino Unido y Países Bajos (24-36), identificando ítems novedosos o contrastando los ítems de las guías con los surgidos del análisis de las entrevistas.

Fase 2. Proceso de revisión y consenso con expertos

Durante el 2025 los ítems resultantes de la fase anterior fueron sometidos a revisión y validación en un proceso de consulta a expertos. Se incluyó como expertos a: (1) trabajadores y jefes de servicios que se desempeñan en áreas de internación por salud mental en HG, (2) trabajadores que participan cotidianamente en la articulación para la continuidad de cuidados luego de las internaciones por salud mental, ya sea desde la atención directa o desde funciones de gestión en el primer nivel de atención, (3) profesionales del ámbito judicial que trabajan habitualmente en la planificación de altas en coordinación con equipos de salud mental de HG, y (4) personas con funciones de gestión a nivel municipal o provincial.

De las 79 invitaciones enviadas, aceptaron participar 47 personas. Los ítems tuvieron una revisión en dos rondas. En la primera ronda, un ítem era aceptado si obtenía entre 80 % y 100 % de aceptación por parte del panel de expertos. Si la aceptación era de entre el 70% y 79,9% era enviado a la segunda ronda de revisión en la cual adicionalmente se incluyeron ítems nuevos sugeridos por los expertos. La guía quedó finalmente conformada por los ítems con aceptación de 80% o más en cada ronda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delmonte, N., Fernández, M. A., Mayo-Puchoc, N., Rosales, M.L., Bohner, C. & Ardila-Gómez, S. (2025). Construcción de una definición operacional de altas demoradas en internaciones por salud mental en hospitales generales. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 36(169), 47-54. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i169.897>
2. Larrobla, C. (2007). Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: Contexto y panorama general de los últimos años. *Revista de Psiquiatría Uruguay*, 71(2), 125-134.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Adoptada en la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
4. República Argentina. (2010). Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Recuperado el día 27 de junio de 2024, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInter-net/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
5. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) Abordaje de la salud mental en hospitales generales. Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad. Buenos Aires: Autor.
6. Bond, L., Palavarapu, R., Gordon, A., Oketah, N., Moore, K., Barrett, E., & McNicholas, F. (2025). Prolonged Length of Hospital Stay and Delayed Discharges Among Patients Referred to Child Psychiatry Liaison Services: A 5-Year Retrospective Analysis. *The Journal of pediatrics*, 286, 114700. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114700>
7. Cadel, L., Guilcher, S. J. T., Kokorelias, K. M., Sutherland, J., Glasby, J., Kiran, T., & Kuluski, K. (2021). Initiatives for improving delayed discharge from a hospital setting: a scoping review. *BMJ open*, 11(2), e044291. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044291>

8. Cheng, P., Wang, L., Xu, L., Zhou, Y., Zhang, L., y Li, W. (2022) Factors Related to the Length of Stay for Patients With Schizophrenia: A Retrospective Study. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.818254>
9. Honey, A., Arblaster, K., Nguyen, J., & Heard, R. (2022). Predicting Housing Related Delayed Discharge from Mental Health Inpatient Units: A Case Control Study. *Administration and policy in mental health*, 49(6), 962–972. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01209-y>
10. Pauselli, L., Verdolini, N., Bernardini, F., Compton, M. & Quartesan., R. (2017) Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatr Quarterly* 88 (1), 129–140. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9440-4>
11. Micallef, A., Buttigieg, S., Tomaselli, G. & Garg, L. (2022) Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy Management*. 11 (2), 103-111. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.94>
12. Ceballos-Acevedo, T., Valásquez-Restrepo, P.A., y Jaen-Posada, J.S (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y políticas de salud* 13(27), 274-295. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
13. Bai A., Dai, C., Srivastava, S., Smith, C. & Gill, S. (2019) Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian academic medical centre: retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 19 (1), 935. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4760-3>
14. Cadel, L., Guilcher, SJ, Kokorelias, KM, Sutherland, J., Glasby, J., Kiran, T. (2021) Initiatives for improving delayed discharge from a hospital setting: a scoping review. *BMJ open*. 11 (2), e044291.
15. Rojas-García, A., Turner, Sh., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J. & Raine, R. (2018) Impact and experiences of delayed discharge: a mixed-studies systematic review. *Health Expectations* 21 (1), 41–56.
16. Rovere, M. (2003) Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médico Sociales*. 75, 31-63
17. Delmonte, N. (2026). Las políticas de acceso a la vivienda durante los procesos de alta de personas con discapacidad psicosocial: estudio de caso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022-2023. [Tesis en proceso de maestría] Universidad de Buenos Aires."

18. CPQ Consortium (van Ommeren, M., & Chatterjee, S. Pls) (2024). Contextual adaptation and reliability testing of the Community Planning Questionnaire (CPQ): A tool for planning the transition of persons living for long periods in psychiatric hospitals to the community. Multi-site Study Protocol. Department of Mental Health, Brain Health and Substance Use, World Health Organization.
19. Bermúdez Tamayo, C., Olry de Labry Lima, A., & García Mochón, L. (2018). Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.12.008>
20. Rollings, K. A., Kunnath, N., Ryus, C. R., Janke, A. T., & Ibrahim, A. M. (2022). Association of Coded Housing Instability and Hospitalization in the US. *JAMA network open*, 5 (11), e2241951. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.41951>
21. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales. Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
22. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019) Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
23. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública (2022) Guía de Atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
24. Australian Government, Department of Health and Ageing. (2010). National standards for mental health services 2010
25. Bhatia, D., Peckham, A., Abdelhalim, R., King, M., Kurdina, A., Ng, R., Allin, S., & Marchildon, G. (2020). Alternate Level of Care and Delayed Discharge: Lessons Learned from Abroad. (Rapid Review No. 22). North American Observatory on Health Systems and Policies.
26. Deniz, Y. (2019). Inpatient discharge process in a hospital: A case study at Medisch Spectrum Twente (Master's thesis) University of Twente.
27. Department of Health, Ireland. (2018). Independent expert review of delayed discharges. Government of Ireland.

28. GTA Rehab Network. (2025). Discharge Planning Guidelines for Inpatient Rehabilitative Care

29. Holland, D. E., Pacyna, J. E., Gillard, K. L., & Carter, L. C. (2016). Tracking Discharge Delays: Critical First Step Toward Mitigating Process Breakdowns and Inefficiencies. *Journal of nursing care quality*, 31(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000141>

30. Lamarre, M., Daignault, M., Cheung, V. W., Forget, M. F., & Nguyen, Q. D. (2024). Factors Associated with Alternate Level of Care Status Designation: A Case-Control Study and Model to Optimize Care Trajectories. *Canadian geriatrics journal CGJ*, 27(2), 152–158. <https://doi.org/10.5770/cgj.27.697>

31. Maloney, C. G., Wolfe, D., Gesteland, P. H., Hales, J. W., & Nkoy, F. L. (2007). A tool for improving patient discharge process and hospital communication practices: the "Patient Tracker". *AMIA Annual Symposium proceedings*, 493–497.

32. NHS England. (2024). Acute discharge situation report: Technical specification

33. Office of the Auditor General Western Australia. (2022). Management of long stay patients in public hospitals

34. Scottish Government. (2018). Home first – ten actions to transform discharge: Joint Improvement Team report. <https://www.gov.scot/publications/home-first---ten-actions-to-transform-discharge-joint-improvement-team-report/>

35. Scottish Government. (2021). Transforming urgent and unscheduled care: Optimising flow – Discharge without delay. A best practice discussion paper (Version 1.0)

36. Williams, T. A., Leslie, G. D., Brearley, L., Leen, T., & O'Brien, K. (2010). Discharge delay, room for improvement?. *Australian critical care*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.02.003>