

**Título**

Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud de grandes centros urbanos en Argentina (2010).

Mental health and primary health care. Care accessibility, integrality and continuity in health centres in great urban centres in Argentina (2010).

**Autores y afiliación institucional**

Ana C. Augsburger. Facultad de Psicología, Universidad nacional de Rosario

María P. Duarte, Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos

Sandra S. Gerlero, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, Rosario

Raúl A. Gómez, Instituto de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba

Débora I. Yanco, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús

**Autores responsables de la correspondencia**

Sandra Gerlero. [sgerlero@enemail.com.ar](mailto:sgerlero@enemail.com.ar)

Ana C. Augsburger [augsburgerc@yahoo.com.ar](mailto:augsburgerc@yahoo.com.ar)

**Fuentes de financiamiento:** El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” para Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

**Fecha de envío:** 17 de agosto de 2011

**Declaración de conflicto de intereses:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

## **Resumen**

El trabajo presenta los hallazgos más sustantivos de una investigación evaluativa de la accesibilidad a los servicios de salud mental en grandes centros urbanos de la Argentina (2010), a partir de reconocer la relevancia que la atención primaria expresa como la forma más integral, positiva y democrática de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad. Se trata de un estudio multicéntrico (Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario) que articula abordajes cuanti-cualitativos apelando a fuentes primarias y secundarias.

Los resultados indican que la expansión de los servicios de salud mental en la atención primaria y su integración en servicios de salud general, señala una dirección ya consistente asumida en las políticas sanitarias. Los procesos de territorialización contribuyen a facilitar la accesibilidad a los cuidados requeridos. Las políticas del sector marcan su carácter universal y su condición de gratuidad para los usuarios. Las acciones asistenciales se complementan con las intervenciones de prevención y promoción de la salud, aún cuando estas últimas adquieren menor magnitud. La facilitación del contacto inicial, la acogida, la continuidad de la atención y la búsqueda de integralidad son componentes que presentan desarrollos desiguales en cada uno de los contextos estudiados. La circulación de los usuarios entre los niveles del sistema de salud es fluida y significativa. Si bien el proceso de transformación de los modelos de cuidado de la salud mental se halla iniciado en los ámbitos que componen el estudio, los desafíos y deudas se mantienen, requiriendo intervenciones políticas y sanitarias efectivas que lo consoliden. El presente trabajo contribuye, con el diagnóstico elaborado, a un conocimiento sistemático que oriente para el diseño de acciones específicas en cada una de las jurisdicciones seleccionadas.

## **Palabras clave**

Salud Mental - Atención Primaria de la Salud - Accesibilidad – Integralidad - Investigación Evaluativa

## **Abstract**

The article presents the most substantive findings of an evaluative research about the accessibility to mental health services in great urban centers in Argentina, from recognizing the relevance that primary care express as the more integral, positive and democratic way to build the health care and promote equity. This is a multicenter study (Buenos Aires city, Córdoba and Paraná) that links qualitative and quantitative approaches using primary and secondary sources.

The results indicate that the expansion of mental health services in primary care and their integration into general health services show a consistent and assumed leadership in health policy.

Territorialization processes help to facilitate the accessibility of care required. Sector policies mark its universal character and its status as free to users. Care actions are complemented by interventions for prevention and health promotion, even though the latter take on a smaller scale. Facilitating the initial contact, acceptance, continuity of care and the pursuit of integrity are components that have unequal development in each of the contexts studied. The circulation of users between the levels of the health system is fluid and meaningful. Although the transformation process of models of mental health care is clearly underway, challenge and debts remain requiring effective health interventions and policies that consolidate. This paper contributes, with the diagnosis made, to a systematic knowledge to guide the design of specific actions in each of the selected jurisdictions.

**Key words:**

Mental Health – Primary Health Care – Accessibility - Integrality - Evaluative Research

## **Introducción**

La relevancia de la estrategia de la atención primaria como la forma más integral, positiva, y democrática de construir el cuidado de la salud y fortalecer la equidad permanece en un lugar destacado y de pleno de consenso en la actualidad.

Argentina, participando de objetivos y metas establecidas a nivel internacional asume el reconocimiento de que la salud es un derecho humano, y que la equidad debe regir las políticas y sistemas de salud en vista de mejorar el desarrollo humano y social. (OPS 2007) Si bien nuestro país ha trazado en los últimos años lineamientos y acciones que estimulan la inclusión de la salud mental en el marco de políticas sanitarias más integrales, se expresan fuertes inequidades en el cuidado y la protección de la salud de las distintas poblaciones; son recurrentes las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas de salud mental por la persistencia de déficit en áreas urbanas de servicios de atención primaria y modelos descentralizados de atención sustentados sobre bases comunitarias. (Gerlero et. al. 2010)

La política sanitaria nacional muestra un fuerte interés e impulso por promover e integrar los cuidados de la salud mental a la atención básica. Esa directriz se afirma sobre un incremento y redistribución territorial de los servicios que permita descentrar la atención de la institución hospitalaria. El proceso de territorialización cumple una función crucial si se pretende mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con problemas mentales. Conceptualizaciones recientes lo definen como un espacio social de vida de una población y un área de actuación de un equipo o un servicio que tiene por misión materializar la acogida, el vínculo con las personas y las condiciones indispensables para garantizar un tratamiento, en la medida que éste este disponible en cualquier momento. (Pitta 1992; Vilaça Mendes 1993)

La accesibilidad puede ser concebida como la capacidad de obtención de cuidados de salud cuando es necesario, de modo fácil y conveniente (Acurcio, Guimaraes 1996). Atendiendo a su dinámica, se enfatiza la necesidad de que los servicios sean oportunos, continuos, atiendan la demanda real y garanticen el acceso a los otros niveles del sistema. (Ramos, Silva Lima 2003).

La atención integral e integrada compromete que haya servicios disponibles para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, y apoyo para el autocuidado. La imagen ideal de un sistema “sin muros” es colocada por Hartz y Contandriopoulos (2004) como un entramado de servicios y cuidados que desmantela las barreras de acceso entre los distintos niveles de

atención, y favorece una organización ligada por corredores virtuales que no reconocen límites administrativos ni jurisdiccionales.

La permanencia del contacto entre los servicios y las personas, y la cualificación del vínculo son denominadas por varios autores como acogida (Franco et. al. 1999; Schmidt, Figueiredo 2009). El concepto de acogimiento busca valorar la relación que se establece en el momento inicial, ocasión en que todos los recursos del servicio de salud son puestos a prueba: quién atiende, qué se puede ofrecer, cómo se puede recepcionar al usuario, evaluar y orientar la demanda de asistencia.

Un trabajo previo reciente, en provincias seleccionadas del país, reveló la presencia de desigualdades en la provisión de cuidados en salud mental entre las áreas propuestas, como así también al interior de las mismas, trayendo como corolario inequidades en el acceso. La concentración de las estrategias de atención sustitutivas a la internación asilar sólo en los principales centros urbanos y con marcadas restricciones de capacidad, establecen una realidad insatisfactoria concreta frente a los requerimientos de continuidad de la atención para las personas con problemas mentales (Gerlero et. al. 2010).

El marco regulatorio normativo y la propuesta de un nuevo modelo de la atención en Argentina establecidos por la Ley N° 26.657/2010 conduce el proceso de reconversión de los sistemas de salud destinados a la salud mental. El énfasis colocado en la protección de los derechos de las personas con padecimiento psíquico; en la orientación de las variadas formas de abordajes basadas en los principios de la atención primaria y el carácter interdisciplinario e intersectorial de las estrategias de tratamiento y resolución en torno a los problemas mentales, marcan el horizonte normativo del sector. Asimismo esta normativa de alcance nacional contribuirá a establecer pautas y criterios orientadores en el marco de la heterogeneidad de los sistemas de salud de cada una de las provincias y de los municipios involucrados en las estrategias locales de atención primaria.

La localización de los servicios de salud, las distancias entre usuarios y servicios, la forma de organización de las instituciones y su fragmentación, el tipo de prestaciones que realizan, la demora en la obtención de asistencia, tienen recurrente visibilidad como factores limitantes en la implementación y en los logros según los conceptos de equidad, accesibilidad e integralidad puntualizados.

Las ciudades de Córdoba, Paraná, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, han sostenido en los últimos años, un incentivo estratégico para favorecer la accesibilidad de la población a los cuidados de salud mental, impulsando de acuerdo a cada contexto político-sanitario y bajo diversas modalidades la expansión de la red de servicios, la ampliación de las

prestaciones, la integración de los cuidados de salud mental a la atención primaria, en pos de facilitar el contacto con el sistema de salud. Es propósito de este estudio producir información que oriente a priorizar la situación de la salud mental en un marco social más amplio, demarcado por las condiciones generales de salud de los grupos sociales.

### **Metodología**

Se realizó una investigación evaluativa analizando el desenvolvimiento del área de la salud mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Con interés de trascender un enfoque evaluativo de carácter normativo, limitado a la medición de metas alcanzadas en el quehacer sanitario, este estudio valoró comprender la accesibilidad de los servicios de salud mental, integrando el análisis de las estructuras, de los procesos de trabajo y de los resultados; así como el conocimiento sobre la organización e implementación de las estrategias de receptividad, acompañamiento e integralidad que conllevan las respuestas de cuidado de salud mental.

El carácter multicéntrico y colaborativo congregó un equipo de trabajo con investigadores que tienen anclaje profesional e institucional en organizaciones sanitarias y/o académicas de las ciudades estudiadas. Cada uno de ellos asumió la conducción del trabajo de campo en su área, contrayendo la responsabilidad sobre el proceso de recolección y elaboración de información de esa jurisdicción.

La ejecución del trabajo adoptó un diseño de casos múltiples con un abordaje multidimensional y cuali-cuantitativo, dado que examinó el conjunto de relaciones existentes entre los diversos componentes que integran la accesibilidad de los servicios de salud mental.

Las unidades de análisis fueron cuatro (4) conglomerados urbanos de la Región Centro de Argentina: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba Capital, Paraná y Rosario. Todos explicitan políticas, planes y estrategias de implementación del cuidado de la salud mental con enfoque en la Atención Primaria de la Salud. Al interior de cada jurisdicción, la población abarcó a los principales actores involucrados en la gestión, organización y ejecución de los procesos de cuidado de salud mental pertenecientes a la estrategia de atención primaria.

Las dimensiones conceptuales y empíricas fueron: contexto socio-demográfico y sanitario de cada centro urbano; organización del sistema de salud; lineamientos político-sanitarios del área de salud mental en la atención primaria; estructura y organización de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención; acceso a los cuidados, modalidades admisión y acogimiento; continuidad e integralidad en los procesos de atención de salud mental.

Estos componentes se relevaron a través de fuentes de información primaria y secundaria. Para describir cada espacio socio-sanitario, se utilizaron estadísticas vitales, censos e informe

de Indicadores Básicos (OPS 2009). Mientras que, para identificar las principales proposiciones sobre las políticas y servicios de salud mental con base en la atención primaria, se elaboró información a través de entrevistas semi-estructuradas, individuales y/o grupales, a informantes clave; y del análisis documental de informes de gestión sanitaria- programática, normativas de funcionamiento y disponibilidad de las diversas instituciones. La organización, y caracterización de la estructura física y funcional de los servicios se indagaron con una encuesta institucional a través de un cuestionario diseñado ad hoc sobre tópicos relativos a: disponibilidad edilicia y de recursos humanos, acceso universal, modalidades de admisión, procedimientos de cuidados de salud mental, continuidad e integralidad de la atención y coordinación de la red de salud mental en atención primaria. Se relevaron un total de 120 centros de salud. En Rosario (65) de los cuales 25 son de dependencia provincial y 40 municipales. En Paraná 23 organizaciones de ambas jurisdicciones, mientras que en Ciudad Autónoma de Buenos Aires se aplicó el cuestionario en 14 instituciones, y en Córdoba se involucraron 18 unidades del sistema de salud provincial. En cada jurisdicción se definió de manera autónoma la forma más efectiva de establecer los contactos con los prestadores y/o equipos de los centros de salud que brindaran la información solicitada.

Los datos de las encuestas institucionales se analizaron a través del software estadístico SPSS Versión 11.5. Para las variables cuantitativas se calcularon medias  $\pm$  errores estándar mínimos y máximos; y se describieron frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas.

La información derivada de las entrevistas y del análisis de documentos fue organizado siguiendo un proceso de segmentación de los relatos y textos según las unidades temáticas buscando la emergencia de recurrencias y puntos de discrepancia en la construcción de los significados valorativos.

La perspectiva analítica asumió una direccionalidad que, en primer lugar, profundizó las particularidades y rasgos distintivos de cada componente para luego, construir un marco comparativo que exprese el estado de situación sobre la inclusión de la salud mental en el contexto de la Atención Primaria de la Salud.

El estudio contó con la aceptación del Comité de Ética perteneciente al Instituto de la Salud “Juan Lazarte” de Rosario. Para la totalidad de procedimientos de indagación (entrevistas y encuestas), se consideraron tres aspectos éticos: comunicación clara y precisa de los aspectos más sustantivos del estudio, consentimiento informado y confidencialidad de la información.

## **Resultados**

Los aspectos socio demográficos de las ciudades seleccionadas las colocan en una situación favorable en el contexto nacional; ello no obsta para que se identifiquen entre sí fuertes

contrastes. Es común al conjunto de las localidades la presencia de fuertes heterogeneidades en las condiciones de vida y sanitarias de los grupos de población que las habitan, constituyendo escenarios socio-sanitarios duales y disímiles. En cada una de las ciudades fueron identificables espacios sociales que concentran sub poblaciones más vulnerables y postergadas. Los hallazgos del estudio deben ser contemplados en el marco institucional, sanitario y social más amplio que describe las condiciones generales de vida y de salud de los grupos sociales que habitan en esas ciudades.

La segmentación y fragmentación del sistema de atención de la salud desde el punto de vista financiero, administrativo y de cobertura que abarca la población es un rasgo homogéneo entre las localidades.

Es compartida en los cuatro centros urbanos estudiados la definición de políticas sanitarias que garantizan el acceso universal a los servicios de salud y su condición de gratuidad para los usuarios.

Una considerable cantidad de recursos destinados a cubrir las necesidades socio-sanitarias se distribuyen a través de la localización expandida de los centros de atención primaria de salud (CAPS) en todo el territorio de los municipios. Facilitadores del primer contacto de la población con los servicios de salud, su ubicación geográfica al interior del espacio urbano adquiere implicancias significativas para el acceso al cuidado. Casi la totalidad de las unidades delimitaban un área programática y poblacional como ámbito de su incumbencia y responsabilidad sanitaria, pero la información obtenida indica que los criterios de demarcación de los territorios no son idénticos para cada ciudad. Siendo un conocimiento consistente para los trabajadores del sector la existencia de profundas desigualdades en las condiciones de vida de la población, y que se identifican grupos sociales particulares que concentran desventajas y mayor vulnerabilidad, sólo un tercio de los centros estudiados dispone de información socio-demográfica y sanitaria que profundice sobre estas condiciones de los usuarios.

La valoración de la estructura física halló que siete de cada diez centros disponían de espacios físicos propios para la atención de las problemáticas de salud mental, mientras que el resto compartía su uso con otras prácticas sanitarias. La calidad y confortabilidad del espacio de trabajo para el encuentro entre profesionales y usuarios, mostró que la mayoría de los consultorios de salud mental presentaban al menos una de las siguientes condiciones mínimas de privacidad: habitación cerrada y/o puertas que traben de adentro y/o aislamiento visual y sonoro. Sin embargo, un número importante de centros de salud presentaron condiciones inadecuadas de privacidad. Casi la mitad de los trabajadores de los equipos de salud

encuestados consideraron que las amenidades de los efectores eran adecuadas (47,8%), pero ello señala una magnitud importante que juzga lo contrario. En las ciudades de Paraná y Rosario, aproximadamente uno de cada cinco de los profesionales describe como inadecuadas el espacio de su desenvolvimiento laboral cotidiano. (Tabla N° 1)

Otra característica crítica de la estructura que asumió valores deficitarios, destacó la escasa disponibilidad de espacios para el encuentro entre los usuarios y el equipo de salud.

Los mecanismos de adscripción o identificación de población de referencia son instalados en las prácticas sanitarias como dispositivos tecnológicos destinados a favorecer el vínculo entre los equipos y la población, potenciar la asunción de responsabilidad en torno a los cuidados de salud de ese grupo social. Pese a ello sólo en la ciudad de Rosario este mecanismo se halló establecido como una política definida que opera a nivel de los CAPS.

La producción de información sanitaria y epidemiológica señalaron las mayores deudas en el sistema de salud con enfoque de atención primaria. Los déficits hallados en la obtención de información impiden cuantificar y cualificar las consultas de salud mental realizadas en los CAPS. Menos de una de cada cuatro instituciones elaboraba registros y contaba con datos informatizados sobre las prácticas de asistencia producidas.

En sintonía con la función de los centros de atención primaria como puerta de entrada, y de acuerdo a los lineamientos enfatizados en el proceso de reforma, que abogan por impulsar la resolución de las problemáticas de salud mental en los espacios comunitarios de los afectados, las organizaciones del primer nivel de atención, brindaban cuidados, contención psicológica y admisión o evaluación, de modo inmediato frente a situaciones de crisis subjetivas. En cada municipio estas respuestas se implementaban de manera heterogénea.

El lapso de espera entre la solicitud de ayuda especializada fue contemplado como un analizador de la accesibilidad en atención primaria. La información distinguió que el acceso a los cuidados de salud mental se producía en condiciones relativamente adecuadas teniendo en cuenta el tiempo transcurrido para obtener un turno de atención. En el conjunto de los CAPS los usuarios que solicitaron cuidados a los profesionales obtuvieron el turno en un lapso que oscila entre una semana y quince días, aún cuando se presentaron algunas excepciones. (Tabla N° 2) Cerca de dos tercios de los centros programaban los turnos de las consultas, evitando a los usuarios estar a la espera o al arbitrio de obtener turno, y esa programación quedaba a cargo de los profesionales de salud mental que establecían su propia agenda de trabajo.

Los dispositivos de admisión o recepción de primera vez han sido valorizados como ámbitos que distinguían y cualificaban el primer encuentro del usuario con el servicio, así como categorizaban la severidad y urgencia de la consulta. La diagramación de estos mecanismos

institucionales también ordena el proceso de trabajo de los profesionales y encarrila la demanda que éstos reciben. En más de la mitad de los CAPS se encontraron implementados dispositivos institucionales específicos para la admisión y el acogimiento de las personas con sufrimiento psíquico, en los restantes las consultas de admisión exhibía características similares a los turnos de atención y sujetas a la disponibilidad u oferta de cada organización o profesional.

Los resultados sobre las modalidades de organización de los cuidados de salud mental, mostraron que la oferta de atención de carácter ambulatorio fue consistente con los principios de la atención básica. Se distingue un número importante de CAPS que cubría la posibilidad de obtener atención domiciliaria, sin embargo, esta oferta de prestación estuvo concentrada en la ciudad de Rosario, en menor medida Córdoba y Paraná y constituyó una excepción en la Ciudad de Buenos Aires.

Otro punto de valor para el análisis realizado fue el compromiso de saberes y disciplinas que se incluyen en las respuestas elaboradas. En el conjunto de los centros, se distribuyeron de manera igualitaria entre la atención de carácter disciplinar y multidisciplinar. Esos modos de intervención varían entre ciudades, ya que mientras Rosario y Buenos Aires combinaban ambas, Paraná limitó sus esfuerzos en respuestas unidisciplinares.

Los procesos de atención se llevaban a cabo brindando asistencia individual, familiar y también de pareja. Las posibilidades de obtención de tratamiento psicofarmacológico, sólo estuvo cubierto en dos de cada tres instituciones de la red básica, siendo muy frecuente en Rosario y Córdoba, completamente débil en Buenos Aires y excepcional en Paraná. Estos valores dimensionaron la situación del conjunto de usuarios que precisando tratamiento con medicamentos específicos, debían trasladarse a unidades sanitarias de otro nivel.

Las respuestas a las crisis subjetivas mostraron una alta diversidad, las ciudades de Rosario y Córdoba contaban frecuentemente con dispositivos específicos, mientras que en Ciudad de Buenos Aires y Paraná sólo los contemplaban una de cada tres instituciones.

La integración de los problemas de salud mental en el espacio sanitario se develó también por la participación y socialización que éstos adquirían en los equipos de salud. En el conjunto, la realización de reuniones periódicas de equipo era una realidad. Ahora, ese ámbito de trabajo estaba formalizado en Rosario para la totalidad de los equipos de atención primaria, y algo menor en número en las otras ciudades. La incorporación de los tópicos de salud mental en el temario y debate de ese espacio de reuniones mostró un comportamiento irregular entre las ciudades.

Un número muy importante de organizaciones desarrollaba actividades de prevención y promoción específica de salud mental, también es significativo que un quinto de ellas no contemplaba estas intervenciones. El tiempo semanal asignado para las tareas de prevención y promoción mostró diferencias entre ciudades, mientras que en Rosario y Paraná la mayor parte de los CAPS destinaban menos de un cuarto de su tiempo, las ciudades de Córdoba y Buenos Aires conjugaban una repartición más pareja entre los diferentes tipos de acción. Las acciones de rehabilitación en salud mental constituyeron prácticas poco institucionalizadas en la atención básica, ya que menos de la mitad de las organizaciones declararon realizar tareas de esa índole.

Los resultados señalaron que los CAPS recepcionaban y derivaban con frecuencia pacientes a otras organizaciones. Todos los efectores de la red, instituciones monovalentes, hospitales generales, y centros de salud, así como otros programas de salud, también gubernamentales (áreas de infancia, de inclusión de personas con capacidades diferentes, violencia familiar, entre otros), e instituciones estatales (escuelas, juzgados), fuera del sector sanitario tenían establecidos contactos interinstitucionales en torno de la circulación de usuarios.

Conforme al incentivo en descentralizar la atención de las instituciones monovalentes y promover formas de cuidados ambulatorios, la mayoría de los CAPS acogía pacientes que habían sido derivados de hospitales psiquiátricos, luego de haber padecido instancias de internación en ellas. Esta situación fue muy similar en los municipios de Paraná, Córdoba y Rosario, pero distinguió a Ciudad de Buenos Aires hallándose pocas respuestas afirmativas.

En sentido contrario al proceso de desinstitucionalización, la derivación desde los CAPS a los hospitales monovalentes alcanzó una magnitud sorprendente y muy similar entre las ciudades. Los altos valores de derivación a los hospitales monovalentes requerirían una mayor profundidad de indagación que permitiera comprender la dinámica y los alcances de la red de salud mental en cada contexto en particular, sobre todo buscando una justificación de los motivos por los cuales los pacientes que ameritaban internación, saltaron la atención en hospitales generales para ser remitidos a los tradicionales y cuestionados establecimientos psiquiátricos.

Si bien la circulación de usuarios entre niveles del sistema de salud fue significativa las condiciones de esas trayectorias mostraron que, en gran medida, no estaban acompañadas por registros de referencia y contrareferencia. Menos de la mitad de las organizaciones establecían sistemáticamente registros de referencia en la dinámica de pasaje de los usuarios, mientras que la mayoría no disponía de pautas de información escrita. Esta situación desfavorable para la totalidad de las ciudades en estudio, es más acuciante en Paraná y Ciudad de Buenos Aires.

No parece estar establecida desde las direcciones u organismos de gestión de salud mental la normatización de procedimientos y criterios para producir el desplazamiento de pacientes a los niveles de cuidado conforme a las necesidades de atención. En número importante los profesionales manifestaron que no disponen de criterios consensuados para ello.

La existencia de espacios de coordinación de acciones en la red de salud mental compromete un aspecto prioritario de la provisión de cuidados. Tres de cada cuatro de las organizaciones declara contar y asistir a reuniones entre las instituciones y los prestadores de la red de salud mental. Pero la situación es muy desigual, poniendo en desventaja al municipio de Paraná, en tanto Rosario asume una posición distintiva ya que presenta el valor más alto, seguido de Córdoba y algo menor en Ciudad de Buenos Aires.

En pos de ponderar la integralidad de las acciones de cuidado, la evaluación de la efectiva continuidad de la atención de los usuarios constituye un elemento clave. Si bien siete de cada diez organizaciones declaran que existe comunicación cierta cuando se derivan personas con problemas de salud mental para su atención, entre las instituciones de atención primaria y los demás efectores de la red sanitaria, es sustantivo el caudal de las que no cuentan con esa comunicación. Nuevamente, al interior de las jurisdicciones la distribución es diversa, puesto que es más favorable la situación en Rosario y Córdoba en detrimento de las otras dos. Esta situación devela cierta vacancia en los procesos de gestión de los servicios del sector ya que son, en forma excluyente los mecanismos informales de referencia los que operan frente a las circunstancias de derivación de pacientes. Los espacios de seguimiento para la continuidad de la atención son un mecanismo que nuclea menos de la mitad de las instituciones de atención primaria.

Contar con información que otorgue visibilidad a los heterogéneos componentes de la incorporación de la salud mental en la atención primaria posibilita una mayor focalización para el diseño de acciones. Los resultados hallados trazan un perfil del conjunto de los municipios, mostrando la situación general de la integración lograda pero al mismo tiempo destacan características y particularidades en cada contexto urbano a las que es necesario atender al momento de fijar campos de acción específicos.

### **Discusión**

La favorable distribución territorial de los servicios de atención primaria constituyó un primer elemento para ponderar la equidad de las acciones sanitarias. La localización de los servicios en los municipios avanza sobre un criterio geográfico-administrativo, aunque una mayor profundización requeriría contrastar su distribución con base a un denominador poblacional y contemplando las necesidades de salud diferenciales de los grupos sociales.

La calidad inadecuada de la estructura de algunas de las unidades organizativas y la visión insatisfactoria sobre éstas por parte de los profesionales condiciona la atención a los usuarios y las posibilidades de ejecución de las actividades cotidianas. (Guimaraes, Jorge, Assis 2011) No puede omitirse que la perspectiva de resguardo ético de la atención, garantizadas ahora en la Ley de Salud Mental, marca la necesidad de mantener en forma confidencial el derecho a recibir tratamiento y que éste debe transcurrir “en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación”. (Ley N° 26.657: art.7° 1. )

Es sabido que el ambiente de trabajo se configura como el “escenario” en que interactúan diversos actores, gestores, trabajadores y usuarios. Es el ámbito más íntimo en el que se producen los intercambios subjetivos. La transformación de las formas tradicionales de la atención en salud mental y la extensión de mayor protección a través de dispositivos de base territorial, exige una priorización de éstos en las políticas sanitarias, que coloquen esos servicios no sólo como espacios confortables para las personas que trabajan, sino como ámbito de “calidez e intimidad” para la recepción de quienes padecen sufrimiento psíquico.

En coincidencia con estudios previos (Gerlero et. al. 2010, Augsburg 2010) es una realidad incontrastable las dificultades de la producción de información sanitaria y epidemiológica actualizada. Quiénes son, cuántos son y porqué concurren a solicitar ayuda las personas con problemas subjetivos, no puede ser capitalizada ni en cada espacio local ni en un nivel de agregación de los municipios. La iniciativa de la Ciudad de Buenos Aires, de crear y sostener un sistema de información sanitaria en los centros de salud (SICESAC) muestra una experiencia valiosa para el resto de las jurisdicciones, y potencialidad para la gestión del sector en esa ciudad. Los resultados señalan que los problemas de salud mental constituyen una temática ya incorporada a la discusión y debate de los equipos de salud. Es cierto que es esperable que paulatinamente se incorporen a las prácticas unidisciplinares la diversidad de saberes y disciplinas que apuntalaron la renovación del campo de la salud mental. (Galende 1997)

Diversos autores indican que la continuidad de la atención, como un mecanismo para evitar la fragmentación de las acciones de cuidado involucra una red de salud mental estructurada, articulada entre los distintos niveles y focalizada en los servicios de atención primaria. (Cavalcanti et. al. 2009; Oliveira et. al. 2008; Mezquita Ayres 2007) Los resultados hallados sugieren que la propuesta de brindar cuidados de carácter integral puede estar presentando una fragilidad no tanto en la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios sino en el tránsito que estos desenvuelven entre las diferentes organizaciones de la red.

Las jurisdicciones estudiadas presentan condiciones heterogéneas y desiguales en los avances logrados en torno de la transformación del viejo modelo hospitalario, y de segregación, aunque aún restan compromisos pendientes para su consolidación.

#### ***Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias***

- La vacancia concreta de producción sistemática de información sanitaria y epidemiológica atraviesa al sector de la salud mental con mayor fuerza que otras áreas sanitarias. Pese a ello, no parecen haberse establecido aún los esfuerzos suficientes en tal dirección.
- Un aspecto sustancial constituye la mirada de las trayectorias de los usuarios de salud mental por las instituciones de la red. La implementación de criterios y dispositivos que mejoren la calidad de la atención evitando que cada contacto sea de primera vez, la comunicación entre prestadores y entre instituciones de los distintos niveles, y la disposición de información que acompañe el pasaje interinstitucional de los usuarios exige rápida instrumentación.
- El proceso de reforma iniciado para el cuidado de los problemas de salud mental, abunda en desarrollos heterogéneos y desiguales en cada contexto local. El movimiento de los usuarios entre instituciones de diferentes niveles en la red de salud adquiere una importante magnitud, pero resulta preocupante la frecuencia con que los hospitales monovalentes son requeridos frente a la urgencia o la complejidad que no puede resolverse en la atención básica. En tal sentido sería prioritario profundizar la comprensión de la dinámica, los alcances y los recursos de la red de salud mental en cada contexto en particular, buscando identificar los nudos críticos que motivan que los pacientes que requieren internación, saltean la atención en hospitales generales para ser asistidos en hospitales psiquiátricos.

#### ***Relevancia para la investigación en salud***

- La incorporación de los análisis de situación de salud, como instrumento clave para vincular las condiciones de vida de los grupos sociales con los problemas prioritarios de salud mental, delimita un ejercicio de investigación que contribuiría favorablemente en la producción de conocimiento con implicación directa sobre la equidad de las prácticas sanitarias.
- Cada vez más se enfatiza la necesidad de anticiparse a la expresión de los problemas de salud mental, interviniendo a través de prácticas preventivas y de promoción de salud. Ello exige un conocimiento más sistemático y consistente sobre los determinantes sociales de la salud. Los componentes económicos, laborales, de género, o etnia, comprometen de

manera diversa la preservación de la salud mental, operando también sobre los daños que la afectan. La perspectiva de los determinantes sociales de la salud adquiere validez a nivel de áreas delimitadas y de grupos particularizados en espacio micro sociales y se erige por tanto como una temática de alto valor para su exploración.

- La continuidad de las acciones de salud mental como elemento clave del principio de integralidad, no ha recibido aún la atención necesaria desde la perspectiva de gestores y responsables sanitarios. Es crucial construir un marco conceptual y operativo que tienda a hacer efectivo este componente. Para ello sería valioso explorar las formas y los modos ya asumidos en algunos ámbitos y contextos particulares, así como sistematizar las experiencias más exitosas llevadas a cabo en otros países.

### ***Relevancia para la formación de recursos humanos en salud***

- Mantener procesos de actualización del conocimiento y de difusión de las experiencias realizadas en los equipos de salud es una estrategia central para profundizar la transformación de los modelos de atención. La propuesta de educación permanente, que toma por base y punto de partida la reflexión sobre las prácticas que los sujetos desempeñan y los procesos de trabajo en que se integran, parece constituirse en una herramienta valiosa para producir impacto sobre las formas organizacionales y de gestión de los centros de salud.
- Una relación más fluida y constante entre el sistema de salud y las universidades nacionales que forman a los futuros profesionales, se coloca como un imperativo impostergable. La adhesión al enfoque de atención primaria, la urgencia de desarrollar políticas activas de prevención y promoción, y la necesidad de promover el análisis de las necesidades de salud, exige asumir una posición de rectoría en el debate del perfil de los trabajadores del sector. No puede dejarse librado a las exigencias o tensiones del mercado de trabajo el liderazgo que corresponde asumir al estado como garante de salud de las personas y del derecho a la salud.

### **Referencias bibliográficas:**

- . Acurcio F.A., Guimaraes M.D.C. (1996) Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cadernos de Saúde Pública, 12.
- . Argentina. Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Argentina. 2010
- . Augsburg AC, Gerlero SS, Corvalan F, Orzuza S. (2009) El análisis de las políticas de Salud Mental en la provincia de Santa Fé. Debate postergado y necesario en el campo de la salud mental. Divulgación de la producción científica. CyT 2009. Jornadas de Ciencia y Tecnología. UNR Editora.

- . Cavalcanti et. al. (2009) Criterios de admisión y continuidad de cuidados en centros de atención psicosocial, Rio de Janeiro, Sureste de Brasil. Rev. Saúde Pública, 43, Supl.1.
- . Franco TB et. al. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.15, n. 2.
- . Galende E. (1997) En De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- . Gerlero S., Augsburger AC.; Duarte MP. Escalante MA.; Ianowski V.; Muttazi E.; Yanco D. (2010) Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental. Revista Argentina de Salud Pública, Ministerio de Salud de la Nación. Vol.1-Nº 2.
- . Guimaraes JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (2011) (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: un estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva , Vol 16, Nº 4: 2145-2154.
- . Hartz Z., Contandriopoulos AP. (2004) “Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”, Cad. Saúde Pública, 20 Sup 2:S331-S336.
- . Mesquita Ayres, JRC. (2009) Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde y Sociedade Vol 18, suppl 2. 11-23.
- . Oliveira et. al. (2008) Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública, 42(4):707-16.
- . Organización Panamericana de la Salud. Hacia un cuidado de la Salud para todos y por Todos. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Buenos Aires 30/15, OPS, 2007.
- . Pitta A.(1992) Avaliação para qualidade dos serviços nos sistemas locais. In: Kalil, MEX. (org) Saúde Mental e Cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. Sao Paulo, Editora Hucitec.
- . Ramos D.D., Silva Lima M.A.D. (2003) Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 19.
- . Schmidt M.B., Figueiredo A.C. (2009) Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Sao Paulo, V.12,n1.
- . Villaça Mendes E. (Org.) (1993) Distrito Sanitário. Sao Paulo, Editora Hucitec/ABRASCO.

### **Abreviaturas:**

CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud

## Tablas y Gráficos

**Tabla N° 1.**

### Evaluación de las amenidades en centros de APS según ciudades

CATEGORÍAS	CIUDAD			
	CABA	Córdoba	Paraná	Rosario
<b>Muy adecuado</b>	21,4% (3)	18,7% (3)	18,2% (4)	10,8% (7)
<b>Adecuado</b>	57,2% (8)	43,8% (7)	50% (11)	47,7% (31)
<b>Regular</b>	21,4% (3)	37,5% (6)	9,1% (2)	24,6% (16)
<b>Inadecuado</b>	0% (0)	0% (0)	22,7% (5)	16,9% (11)
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>65</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información relevada a través de Encuesta Institucional.

Nota: Total de respuestas (n=117)

**Tabla N° 2.**

### Tiempo de espera para obtener un turno para la atención en salud mental

Cantidad de días	Cuidad			
	CABA	Córdoba	Paraná	Rosario
en el día	14,3% (2)	5,6% (1)	14,3% (3)	11,1% (7)
en la semana	21,4% (3)	66,7% (12)	33,3% (7)	39,7% (25)
entre 7 a 15 días	21,4% (3)	27,8% (5)	42,9% (9)	41,3% (26)
entre 15 a 30 días	35,7% (5)	0% (0)	4,8% (1)	4,8% (3)
entre 30 a 45 días	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1,6% (1)
45 días y más	7,1% (1)	0% (0)	4,8% (1)	1,6% (1)

Fuente: Elaboración propia en base a información relevada a través de Encuesta Institucional.

Nota: 4 registros sin información