

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Mental

Servicios asistenciales públicos de salud mental:
Relación oferta-demanda en la zona sur de la
ciudad capital de La Rioja.
Año 2013

Autora: Lic. en Psicopedagogía Malena Moya

Directora: Mg. Sc. Liliana Recchioni

Córdoba, Argentina.
Agosto 2015

La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis

Agradecimientos

A mi esposo y mis hijos que me acompañaron en esta nueva etapa de mi vida, me apoyaron, me acompañaron y confiaron en mí.

A mi madre y mi hermana que esperaron con anhelo este momento.

A la Coordinadora de la Maestría en Salud Mental, Dra. Leticia Luque, quien en todo momento estuvo atenta a las necesidades que surgieron en la elaboración del presente trabajo.

A todos los que se interesaron a lo largo del recorrido y aportaron para hacer realidad este sueño.

A mi tutora Mg. Sc. Liliana Recchioni, guía, sostén y apoyo incondicional.

A la memoria de Ladi.

Índice

<i>Apartado</i>	<i>Pág.</i>
Resumen	5
Introducción	7
Materiales y Métodos	54
Resultados	60
Discusión y conclusiones	76
Referencias Bibliográficas	94
Anexos	105

Resumen

El presente trabajo se propone analizar las características de la relación entre la oferta y la demanda en servicios públicos de salud mental en la zona sur de la ciudad capital de La Rioja, durante 2013.

La investigación es de carácter exploratorio-descriptivo encuadrada dentro de un paradigma cuantitativo para establecer la descripción y la relación entre las variables seleccionadas. Se estratifican los servicios públicos según otorguen o no, servicios de salud mental a la comunidad, con un total de 6 y 7 servicios respectivamente. Las técnicas de recolección de datos son un censo realizado a los 13 coordinadores tanto de centros primarios como de los Hospitales que conforman la muestra, y la encuesta realizada a 36 profesionales y agentes sanitarios de ambos estratos.

Los resultados evidencian ausencia de estadísticas oficiales sobre las demandas en salud mental, falta de formación específica para la integración de la salud mental a la atención primaria, escasez de perfiles profesionales para atender la demanda en salud mental de la población, inequidad en la distribución de los centros de salud, desconocimiento de normativas, acciones descontextualizadas que no consideran las características sociales y culturales de la población demandante, desinterés político-institucional de las autoridades, falta de planificación de acciones, entre otras.

Se concluye que la relación entre la oferta y la demanda en los servicios públicos de salud mental presenta inconsistencias y contradicciones en su abordaje lo que genera inequidad en el acceso a la salud, desinformación en los equipos que intervienen y en la población y demandas que no pueden ser atendidas en su totalidad ya que requieren la planificación de una política de salud pública que comprenda fundamentalmente las evidencias de la realidad comunitaria para atender las verdaderas demandas.

Palabras claves:

Salud Mental – Atención Primaria - Equidad – Planificación – Políticas en Salud Mental

Abstract

The purpose of this work is to analyze the relationship between the offer and demand for the 13 public health services providers from the southern area of La Rioja, the capital city of the homonymous province, during 2013.

This research is of an exploratory-descriptive nature, within the framework of the quantitative paradigm, in order to describe the relationship between the selected variables. Public services are categorized according to whether they provide mental health services to the community; among the 13 providers, 6 offer mental health services and 7 are non-providers. The data collection techniques were a census, carried out to 13 coordinators and a survey, in which 36 professionals and sanitary agents from both categories participated.

Results show absence of official statistics about the demand for mental health services, lack of specialized professional training for integrating mental health to primary attention, shortage of professionals human resources to satisfy the population's mental health demand, an unbalanced geographic and demographic distribution of health centers, ignorance regarding regulations, actions that do not consider population's social and cultural context, lack of political and institutional concern, inadequate institutional planning, among others.

As a conclusion, the relationship between the offer and demand for mental health public services presents inconsistencies and contradictions, which generates lack of equity in the access to health, lack of information as well as in professional workers as in the average citizen, and demands that cannot be successfully satisfied because they require an appropriate planning of public health policies that understands fundamentally the evidence of the people's reality so they will be able to satisfy the actual demands.

Key-words:

Mental health – Primary attention – Equity – Planning – Mental health policies

Servicios Asistenciales públicos de Salud Mental en la zona sur de la ciudad capital de La Rioja, en 2013: relación oferta-demanda

Introducción

Para atender a las problemáticas de Salud en general y de Salud Mental en particular, en un determinado país o región, es necesario contar con información acerca de los servicios y prestaciones que garanticen la accesibilidad e integralidad de la población; entendida la primera como la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación a barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales, mientras que la segunda es la capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población¹.

El Atlas de la OMS (2005)² dejó establecido que el 24% de los países en el mundo no cuentan con un sistema para recolectar información en Salud Mental; otros tantos la tienen pero no es apropiada o no cuentan con suficiente sistematización. Esta situación genera limitaciones en las prestaciones, ya que al estar fragmentada la información no da cuenta del estado de situación respecto de la oferta y la demanda. Las consecuencias de esta realidad son, entre otras, falta de planificación de acciones e imposibilidad de desarrollar soluciones frente a las problemáticas actuales.

“Una política de Salud Mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos que permiten mejorarla, reduciendo así, la carga de los trastornos mentales en una población”³. Si la política de Salud Mental está bien formulada, identifica y facilita acuerdos de acción entre diferentes partes interesadas, asignando roles y responsabilidades bien definidas. Es por esto que entre las once áreas de acción en políticas de Salud Mental se encuentran los sistemas de información, y la investigación y evaluación de políticas y servicios⁴.

La ciudad capital de La Rioja, en los últimos 10 años, ha modificado y aumentado su densidad demográfica, con la expansión geográfica de su población a través del establecimiento de nuevos barrios en distintos puntos de la ciudad⁵. La distribución se hizo en forma despareja y con falta de planificación, sin tomar en cuenta la accesibilidad a los servicios que pudiera requerir la población, tales como transporte público, servicios generales, acceso a escolaridad, distancia a centros de referencia, etc. De esta manera, se

ha visto resentido el funcionamiento en otros sectores de la ciudad al no poder abarcar la totalidad de la demanda que se generó.

El sector de salud, y en particular la salud mental no son ajenos a esta realidad, provocando así la sobre carga de demanda de asistencia sin un plan sistemático que pueda responder de manera eficiente y acorde a la calidad de la prestación. Ante esta realidad que afecta a la población de la capital riojana es necesario pensar e interrogarse acerca de algunas cuestiones involucradas en relación a la demanda que se genera:

¿El estándar de equipamiento es acorde en relación con la población y su distribución en el espacio?

¿El perfil profesional de los equipos que integran la oferta en salud mental es suficiente para cubrir la demanda existente en cantidad y calidad?

¿Cuáles son los barrios que presentan mayor demanda de atención?

¿Cuáles son las problemáticas más recurrentes en las consultas?

¿Se observa un elevado nivel de abandono en los tratamientos? ¿Cuántos consultantes reinciden en la solicitud de atención? ¿Cuántos ingresos que consultan por primera vez?

¿Cuántos terminan el tratamiento?

¿Qué especialidades son las que reciben mayor demanda de atención?

¿La solicitud de atención en los servicios de salud mental está condicionada por el género?

¿Hay alguna franja de edad que demande más atención de profesionales de salud mental?

Así, se intentará responder a los interrogantes formulados, vinculados a la conformación de los equipos de atención, tanto en cantidad como en calidad; a las cuestiones referentes a las características de la demanda de la población en servicios públicos de salud mental y a lo referido a abandonos, interrupciones o culminaciones en los tratamientos iniciados.

De esta manera conocer acabadamente sobre estas cuestiones, brindará información acerca del tipo de relación entre la oferta y la demanda, accediendo por un lado a la realización de un mapeo de los recursos disponibles, y por otro, abrirá la posibilidad de fortalecer acciones necesarias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La provincia de La Rioja se encuentra ubicada al noroeste de nuestro país, limita al norte con la provincia de Catamarca, al noroeste con la Republica de Chile, al sur con la provincia de San Luis, al oeste con la provincia de San Juan y al este con la provincia de Córdoba. Tiene una superficie total de 89.680 km² y el total de la población de la

provincia, según los datos censales del año 2010 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC), asciende a 333.642 habitantes, siendo su mayor concentración demográfica en la ciudad capital, con 180.995 habitantes según el censo del mismo año⁶.

El oeste de la provincia se encuentra dentro de la Región Andina y la parte norte de la misma es atravesada por varias sierras como las Sierras de Velasco y las Sierras de Famatina, que la recorren de norte a sur y entre las mismas forman amplios valles. El sur cuenta con varias sierras aisladas por llanuras.

El clima, en la mayor parte del territorio es semiárido continental y árido de montaña, con escasa humedad. En las zonas bajas los veranos son muy calurosos (45° de promedio) y los inviernos son cortos, con moderadas temperaturas. Las precipitaciones no superan los 400mm anuales.

En cuanto a la actividad económica que se desarrolla en la provincia, el principal cultivo es la vid. En menor proporción se cultivan el nogal, la oliva, la jojoba, otras frutas (por ejemplo almendros y dátiles) y diversas hortalizas. También se fabrican vinos, se producen nueces y aceitunas, así como también se manufactura cuero. Se cría principalmente ganado bovino y caprino. Históricamente ha sido y es importante la minería, destacándose las minas de oro y cobre (como las de Famatina).

La capital de la provincia, Ciudad de Todos los Santos de la Nueva Rioja, fue fundada el 20 de mayo de 1591 por Juan Ramírez de Velazco, con una actividad económica proveniente casi exclusivamente del empleo público (Administración Pública Provincial) a través de sus empleados efectivos (planta permanente), empleados contratados (planta transitoria y contrato propiamente dicho), y planes sociales (Jefes y jefas de hogar, PIL, Argentina Trabaja, Asignación Universal por hijo, etc.).

En menor proporción la ciudad capital cuenta con un Parque Industrial, muy reducido, en el que se manufacturan plásticos, industria textil, calzado deportivo, materiales de librería, etc. Este parque fue representativo y fuerte económicamente en la década de 1980, ya que contaba con un número elevado de emprendimientos fabriles e incluso con empresas de trascendencia internacional como Johnson & Johnson. Al perder los beneficios impositivos muchas de estas fábricas se retiraron de la provincia, volviendo a su lugar de origen, como el caso emblemático de Johnson & Johnson que se fue del país, por ser excesivo el costo impositivo y de mantenimiento de sus plantas.

Además de lo mencionado anteriormente, en la capital se encuentran reparticiones públicas de dependencia nacional tales como AFIP, Gendarmería Nacional, Vialidad

Nacional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Policía Federal, Radio Nacional, Comisión Nacional de Telecomunicaciones, Senasa, Instituto Nacional de Vitivinicultura, entre otras.

La zona sur de la ciudad capital de La Rioja es de conformación relativamente reciente, con el establecimiento de barrios, muchos de ellos con menos de 10 años de antigüedad, por lo que aún se encuentran en vías de estructuración muchos servicios tales como transporte público, red de telefonía fija, red de gas natural, entre otros. Esta zona está conformada por un total de 79 barrios y unas 76.127 personas. Estos datos fueron obtenidos de acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) ⁷, que se realiza con frecuencia anual.

La provincia de La Rioja está dividida en seis regiones sanitarias, dependientes todas del Ministerio de Salud Pública de la provincia. La ciudad Capital pertenece a la Región Sanitaria I, que está comprendida por los Departamentos Capital, Sanagasta e Independencia.

En el Departamento capital, siempre bajo la tutela del Ministerio de Salud Pública de la provincia, funcionan instituciones y programas dedicados a la atención integral en salud con el objetivo de lograr la accesibilidad, la equidad y la solidaridad, llegando en especial a los sectores más desfavorecidos y más vulnerables. Es así que, a partir de la estrategia de la OSM, Atención Primaria en Salud brinda servicios de salud en distintos puntos de la ciudad capital.

La ciudad capital de la provincia cuenta, actualmente, con tres hospitales: el Regional Vera Barros, que fue creado el 3 de mayo de 1924 y que en un principio se llamó "Hospital Común Regional Andino Presidente Plaza", en honor a quien fuera presidente de la Nación; el Hospital Escuela y de Clínicas "Virgen María de Fátima", que comenzó a funcionar a partir del año 2008 y brinda servicios generales en materia de salud, con dependencia de la Universidad Nacional de La Rioja; y, por último, el Hospital de la Madre y el Niño, de reciente creación, que comenzó a atender al público en marzo de 2013 y se especializa en la atención de partos y en la población materno-infantil. Centrada en la atención integral a la familia, esta institución atiende a niños desde el nacimiento hasta los 14 años y cuenta con equipamiento de última generación.

Hay 23 centros de Atención Primaria en Salud, distribuidos en toda la ciudad capital, siendo los de zona sur 8 en total: Islas Malvinas, José Simone, Ofelia Bazán de Lozada, Mis Montañas, Eva Perón, La Cañada, Luis Vernet y Nuevo Argentino. Estos

centros primarios atienden a la demanda en 79 barrios y una población de 76.127 personas, todos datos del último censo 2010.

Marco Conceptual

Características del Sistema de Salud en Argentina

La Salud Pública

Se define a la Salud Pública como la “ciencia y arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, alargando la vida y promoviendo la salud física y mental y la eficiencia, mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de las enfermedades infecciosas y no infecciosas y las lesiones, la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades así como para la rehabilitación, el desarrollo de una maquinaria social que le permita a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.”⁸

La salud pública implica un campo de conocimientos y, particularmente, de prácticas posibles de delimitarse y de organizarse como tal. Los conocimientos que requiere para sustentar su práctica son provistos por distintas disciplinas, articuladas en función de su objetivo. Esa articulación del conocimiento en función de su uso, en una dimensión interdisciplinaria, es la esencia epistemológica de la salud pública que puede trascender a las disciplinas que la sirven. La salud pública se plantea también como un esfuerzo sistemático por identificar las necesidades de salud y organizar servicios sanitarios globales con una base poblacional bien definida. De esta manera, abarca el proceso de información necesaria para caracterizar las patologías de la población y la movilización de recursos pertinentes para responder a ellas, incluyendo la organización del personal y las instalaciones sanitarias requeridos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, y rehabilitación física, social y emocional.

Es necesario entonces, especificar las funciones esenciales de la Salud Pública (FESP), explicitadas por el Ministerio de Salud de la Nación⁹:

- Análisis de situación de la Salud
- Vigilancia en Salud Pública
- Promoción de la salud-

- Participación social e intersectorial
- Desarrollo de políticas y planificación
- Regulación y control
- Equidad en acceso
- Recursos humanos en salud
- Calidad de los servicios
- Investigación en Salud Pública
- Atención en emergencias y desastres

Una característica del sistema de salud pública en Argentina es que utiliza recursos económicos que provienen del sistema impositivo y provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, a toda la población. Abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural en este sector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos sectores (obras sociales y sector privado). A su vez, en el país hay más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuáles son hospitales provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional.

Una última característica central a tener en cuenta sobre los rasgos constitutivos de este sector es el doble vínculo laboral que establecen sus recursos humanos (principalmente, los profesionales y los técnicos) que en su mayoría, desarrollan actividades en el sector privado en forma independiente o vinculadas a los establecimientos públicos.

Simultáneamente a estas consideraciones de carácter descriptivo, es necesario analizar la dinámica que asume esta área ya que este sistema opera a través del Ministerio de Salud de la Nación en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

El Ministerio de Salud de la Nación es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional y que comprende la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.

Los gobiernos provinciales, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus respectivos Ministerios de Salud y tienen un papel relevante dentro de este sector,

puesto que destinan alrededor del 75% de sus recursos a la financiación de servicios de atención médica.

Argentina, como país miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), adopta las recomendaciones y lineamientos en materia de salud elaborados por uno de sus organismos, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta última y su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), trabajan desde hace décadas en las problemáticas de la salud y de la salud mental, elaborando estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de todos, a nivel mundial.

Es necesario definir los términos oferta y demanda en salud, a partir de lo considerado en el trabajo de José Ruales¹⁰, Asesor Regional en Sistemas de Salud de OPS/OMS quien en “Provisión de Servicios de Salud” los define de la siguiente manera:

Oferta de servicios de salud se la entiende como la existencia concreta de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

Demanda, es entendida como las necesidades, expectativas y utilización de los servicios de salud por parte de las personas, familias y la comunidad, es decir, el requerimiento formal, explícito, de servicios de salud.

A continuación se explicitan las estrategias y recomendaciones de la OMS/OPS:

Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es un concepto propuesto en la Conferencia Internacional de Alma-Ata¹¹ con el objetivo de proteger y promover la salud en todo el mundo, a partir de la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, tanto en países desarrollados como los que no. Este concepto se lo entiende como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema

nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria “¹².

La Atención Primaria de Salud (APS) es reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de un país y sus comunidades y se basa en la aplicación de resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. Su orientación privilegiada hacia los principales problemas de salud de la comunidad hace que esté al servicio de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, necesarios para resolver estos problemas.

Es así, entonces, que comprende al menos las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención; promoción de una nutrición adecuada; abastecimiento de agua potable, asistencia materno-infantil, planificación de la familia; inmunización contra enfermedades infecciosas; suministro de medicamentos, entre otras.

La participación de todos los sectores, además del sanitario, exige esfuerzos coordinados y planificados, sacando el mayor beneficio posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles, para que se fomente la autorresponsabilidad y la participación del individuo y la comunidad, dando prioridad a los más necesitados. Es imprescindible el adiestramiento en lo social y en lo técnico para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de la comunidad.

Los gobiernos nacionales deben formular políticas, estrategias y planes de acción para iniciar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores, expresado a través de la voluntad política para movilizar los recursos de un país y utilizarlos racionalmente. Todos los gobiernos deben cooperar en este esfuerzo ya que el logro de la salud para un país, interesa y beneficia a los demás países.

No obstante esta declaración, desde 1978, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. Es por eso que en 2007 la Organización Panamericana de la Salud -agencia regional de la OMS-, emite un nuevo documento en el que propone la renovación de la APS¹³ para revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes,

afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población. Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que puedan incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; y, el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud. Por último, el creciente consenso que dicta que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Es así que una estrategia renovada de APS es condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM)¹⁴, así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para que sea posible afrontar los desafíos del siglo XXI.

La salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo y es necesario comprender como se lo ha venido definiendo: así como en tiempos pasados se lo consideró exclusivamente como un contribuyente al crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y se fundamenta en el concepto de desarrollo humano. Este nuevo enfoque parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano.

El concepto renovado de la APS debe propugnar más enérgicamente un enfoque razonado y basado en la evidencia que permita lograr una atención universal, integral e integrada. Esto no quiere decir que se deban interrumpir todos los programas verticales o que éstos no sean necesarios, ya que estos frecuentemente atienden brotes o “problemas de salud que afecten en tan alta proporción a la población que constituyan un factor que entorpezca de forma considerable el desarrollo económico y social de un país”.

Se espera que la renovación de la APS contribuya a robustecer los sistemas de salud en el mundo en desarrollo quienes deberán considerar en qué medida estas iniciativas pueden ayudar a fortalecer un enfoque más integral e integrado del desarrollo de los sistemas de salud. El logro y la sostenibilidad de los objetivos de dichas iniciativas requerirán este tipo de enfoques integrales.

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud, en el 46° Consejo Directivo de la OPS¹⁵, considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas.

Se define un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que tiene como principal objetivo el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Este es guiado por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Los sistemas de salud que se basan en la APS están conformados por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Prestan atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, ponen énfasis en la prevención y la promoción y garantizan el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción¹⁶.

Asimismo se requiere de un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Esto traerá aparejado el empleo de prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata¹⁷. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de

salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Descarta la idea de que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que éstos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud.

Los equipos que trabajan en la APS deben determinarse de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia disponible. Por el contrario, la estrategia de renovación especifica un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse y que constituyen una aproximación coherente y lógica hacia los sistemas de salud, firmemente basados en la estrategia de APS. Esta estrategia está destinada a guiar la transformación de los sistemas de salud de manera que puedan alcanzar sus objetivos y ser suficientemente flexibles como para adaptarse a los nuevos desafíos que vayan surgiendo con el transcurso del tiempo. Reconoce que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

Si bien cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector de la salud, a continuación se presentan valores, principios y elementos que brindaran ayuda y orientación en este proceso.

Valores

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público.

Los valores que aquí se describen, pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos pueden tener prioridad sobre otros, o incluso se definen de manera ligeramente diferente de acuerdo con la cultura, la historia y las preferencias de la población.

El derecho al mayor nivel de salud posible, sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social, se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la

Organización Mundial de la Salud¹⁸. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indefectiblemente a la equidad, y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La equidad en materia de salud se refiere a la “ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales, a la vez que tiene un valor intrínseco porque es un requisito para las capacidades, las libertades y los derechos de las personas. La equidad es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que le confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita¹⁹”.

La solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. En los gobiernos locales y nacionales se manifiesta a través de la conformación de organizaciones de voluntariado y sindicatos, así como otras múltiples formas de participación ciudadana.

La solidaridad social es uno de los medios por los cuales la acción colectiva puede superar problemas comunes, y es en los sistemas de salud y de seguridad social, donde distintas clases y generaciones, pueden expresarse solidariamente a través de diferentes mecanismos.

Los sistemas de salud basados en la APS requieren la solidaridad social para que las inversiones en salud sean sostenibles, para proporcionar protección financiera y mancomunación del riesgo, y para posibilitar que el sector de la salud trabaje conjuntamente con otros sectores y actores, cuya cooperación es necesaria para mejorar la salud y las condiciones que influyen en ella. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para alcanzar la solidaridad, sino también para garantizar que esta se mantenga a lo largo del tiempo.

Principios

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y

asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización constante. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, y para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. Para ello, es necesario un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso resulte efectivo y sostenible.

La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier perjuicio. La rendición de cuentas requiere de políticas reguladoras y de procedimientos legales y específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso de que no se respeten. Este principio se aplica a todas las funciones del sistema de salud, independientemente del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, establece las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. En la mayoría de los países, el gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de la atención de salud.

Por consiguiente, la rendición de cuentas exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles de gobierno (local, estatal, regional o nacional) necesitan líneas claras de responsabilidad y los mecanismos correspondientes para implementarla y sostenerla. Los ciudadanos y la sociedad civil también desempeñan una función importante en lo que atañe a la garantía de la rendición de cuentas.

La sostenibilidad del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en la APS debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población. Esta inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, y permitir la

planificación de la estrategia para combatir los desafíos de la salud del mañana. En particular, el compromiso político es esencial para garantizar la sostenibilidad económica; está previsto que los sistemas de salud basados en la APS establezcan mecanismos —como derechos de salud y deberes gubernamentales específicos y legalmente definidos—, que aseguren el financiamiento adecuado, aún en tiempos de inestabilidad social o cambios políticos.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes ámbitos y actores para velar por que las políticas públicas se alineen, con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Para ello es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo. El principio de intersectorialidad se hace posible con la “creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana²⁰”.

Elementos

Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Dichos elementos se interrelacionan, están presentes en todos los niveles del sistema de salud y deben apoyarse en la evidencia respecto a su efectividad para la mejora de la salud y su relevancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS. Además, los elementos esenciales de este sistema basado en la APS requieren la

acción concurrente de algunas de sus funciones principales, como la financiación, la rectoría y la provisión de servicios de salud.

La cobertura y el acceso universales son el fundamento de un sistema de salud equitativo²¹. Esto implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, dándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevar a cabo actividades de promoción de la salud. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de sus niveles de atención. Requiere también que los servicios sean aceptables para toda la población y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local.

Por consiguiente, exige el enfoque intercultural y de género en la provisión de sus servicios. Además, la aceptabilidad determina el uso real de los mismos, e influye en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

El primer contacto se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función, se refuerza la base de los sistemas de salud basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS se fortalece el primer nivel de atención, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales adicionales que lo trascienden de forma significativa.

Atención integral, integrada y continua implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado.

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es

complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel de sistema, la atención integrada requiere los desarrollos de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores²².

La orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

El énfasis en la promoción y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo–efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986²³.

La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales. Esto abarca también los vínculos con las funciones esenciales de salud pública (FESP), que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia de la salud pública, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades del desarrollo institucional a lo largo de todo el sistema de salud.

Cuidados apropiados significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y

en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad para guiar la selección de las estrategias de prevención y curación, de manera que se puedan obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes; para ello es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente esta se organiza.

Un sistema basado en la APS debiera ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socio-económico, debiera fundamentarse en valores compartidos que involucren mecanismos de participación activa para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades que facultan a los individuos para que manejen mejor su propia salud y que estimulan la capacidad de las comunidades de convertirse en socios activos en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud. Ello implica que las acciones individuales y colectivas, que incorporan el sector público, el privado y la sociedad civil, deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vida saludables.

Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS necesitan la coordinación de políticas de salud, inversiones estratégicas, investigación en sistemas y servicios de salud, incluida la evaluación de nuevas tecnologías. Estas actividades forman parte de la función de rectoría del sistema de salud, por lo que deben ser transparentes, han de someterse al control social y tienen que estar libres de corrupción.

“Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas pro-equidad con el fin de reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las desigualdades y velar por que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto²⁴”.

Los sistemas de salud basados en la APS requieren también de prácticas de organización y gestión óptimas que permitan la innovación para mejorar constantemente la

provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información y usarla regularmente en los procesos de toma de decisiones y planificación, incluido el desarrollo de planes para responder adecuadamente a eventuales crisis de salud y a los desastres naturales.

Los recursos humanos adecuados incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS. Ellos no solo requieren de una combinación correcta de profesionales, sino también de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios.

Un sistema de salud basado en la APS debe basarse en una planificación que provea recursos adecuados y sostenibles acordes con las necesidades de salud. Los recursos debieran determinarse mediante análisis de la situación de salud basados en datos obtenidos en la comunidad, incluidos los recursos de tipo más estructural (por ejemplo instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos), así como los presupuestos de operación necesarios para prestar una atención preventiva y curativa de gran calidad e integral. Aunque la cantidad de recursos requeridos variará en cada país y de un país a otro, deberá ser suficiente para lograr el acceso y la cobertura universales. Dado que el logro de un sistema de salud basado en la APS exige compromiso y voluntad políticos a lo largo del tiempo, deben existir mecanismos explícitos que garanticen la sostenibilidad de la APS, de forma que los encargados de tomar decisiones puedan invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

Los sistemas de salud basados en la APS son más amplios que la simple provisión de servicios de salud en lo que respecta a su campo de operación y a su impacto. Este tipo de sistemas se relaciona estrechamente con las acciones intersectoriales y los enfoques

comunitarios para promover el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros. La medida en la que estas acciones sean ejecutadas por el sector de la salud, solo o en asociación con otros sectores, dependerá del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades), así como de las ventajas comparativas de cada uno de los sectores o actores involucrados.

La OMS, a través de su documento “Informe sobre salud en el Mundo” insta a reducir la carga de los más de 450 millones de personas que se calculan que deben padecer enfermedades mentales y del comportamiento²⁵. Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, y el importante desfase terapéutico en todo el mundo, la respuesta más adecuada es una estrategia de salud pública.

El estigma puede definirse como una marca de vergüenza, deshonra o desaprobación por la que el individuo es rechazado, discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales: formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones en aquellos países que no las tengan, asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención; asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves; evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos; promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social; apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano; impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

La atención comunitaria persigue la habilitación de las personas con trastornos mentales y conductuales, que implica en la práctica el desarrollo de una amplia gama de servicios de ámbito local. El objetivo de ese proceso, que en muchas regiones y países

todavía no se ha iniciado, es asegurar que algunas de las funciones protectoras del manicomio sean íntegramente asumidas por la comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones²⁶. Como enfoque, la atención comunitaria significa lo siguiente:

- servicios situados cerca del domicilio, incluidos atención hospitalaria general para ingresos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad;
- intervenciones relacionadas con las discapacidades y con los síntomas;
- tratamiento y asistencia específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada individuo;
- una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y conductuales;
- servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios;
- servicios ambulatorios antes que residenciales, incluidos los que permitan el tratamiento a domicilio;
- cooperación con los cuidadores y respuesta a sus necesidades;
- legislación en apoyo de los aspectos citados.

En muchos países en desarrollo los programas de asistencia a personas con problemas mentales y conductuales ocupan un nivel bajo en la escala de prioridades. Solo existe dicha asistencia en un pequeño número de instituciones, donde son habituales la saturación, la escasez de personal y la ineficiencia, así como poca comprensión, por parte de los servicios, de las necesidades de los enfermos o de la gama de posibilidades de tratamiento y atención.

En la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de servicios de psiquiatría para la generalidad de la población, y los únicos que existen se encuentran en hospitales psiquiátricos. Estos hospitales suelen estar centralizados y no ser fácilmente accesibles, por lo que es frecuente que solo se acuda a ellos como último recurso. Son hospitales de grandes dimensiones, contruidos pensando más en la economía de su explotación que en el tratamiento.

La idea de una atención de salud mental comunitaria es un planteamiento general más que una solución organizativa. Atención comunitaria significa que la gran mayoría de quienes padecen algún trastorno mental y que requieren asistencia, deben tener la posibilidad de ser tratados a nivel comunitario. La atención de salud mental no sólo debe

ser local y accesible, sino que también debe responder a las múltiples necesidades de los pacientes. Su objetivo final debe ser la rehabilitación, y debe emplear técnicas de tratamiento eficientes que permitan a los enfermos mentales mejorar sus aptitudes de autoayuda, poniendo a contribución el entorno informal familiar y social junto a mecanismos de apoyo formales. La atención comunitaria, a diferencia de la hospitalaria, puede localizar recursos y crear alianzas para la salud que de otro modo permanecerían ignorados e inactivos²⁷.

Comoquiera y dondequiera que se dispense, la buena asistencia parte de ciertos principios rectores básicos, algunos de los cuales son de especial pertinencia para la atención de salud mental. Esos principios son: el diagnóstico; la intervención precoz; el empleo racional de las técnicas de tratamiento; la continuidad de la asistencia; una gama amplia de servicios; la participación de los consumidores; la cooperación con las familias; la participación de la comunidad local, y la integración en la atención primaria.

Ciertos trastornos mentales y conductuales siguen un curso crónico, aunque con periodos de remisión y recaídas que pueden parecer trastornos agudos. No obstante, a efectos de manejo son similares a las enfermedades orgánicas crónicas. Por consiguiente, el paradigma de asistencia crónica resulta aquí más apropiado que el que se suele aplicar a las enfermedades agudas y comunicables. Esto encierra repercusiones particulares para el acceso a los servicios, la disponibilidad de personal y los costos para el paciente y su familia.

Las necesidades de los pacientes y de sus familias son complejas y variables, y es importante que la asistencia tenga continuidad. Esto requiere cambios en su organización actual.

Algunas de las medidas necesarias para garantizar la continuidad son:

- establecer dispensarios especiales para grupos de pacientes con el mismo diagnóstico o los mismos problemas;
- capacitar a los cuidadores;
- disponer que un mismo equipo de tratamiento atienda a los pacientes y sus familias;
- impartir educación en grupo a los pacientes y sus familias;
- descentralizar los servicios;
- integrar la asistencia en la atención primaria de salud.

Las necesidades de los enfermos mentales y sus familias son múltiples y diversas, y varían en los diferentes estadios de la enfermedad. Para prestar asistencia integral a algunos enfermos mentales se requiere una extensa gama de servicios. Quienes se

recuperan de la enfermedad necesitan que se les ayude a recobrar sus capacidades y retomar su puesto en la sociedad. Quienes solo se recuperan parcialmente necesitan apoyo para competir en una sociedad abierta. Sobre todo en los países en desarrollo, algunos pacientes que han recibido una asistencia por debajo de los niveles óptimos, pueden aun así beneficiarse de programas de rehabilitación²⁸.

Los servicios pueden dispensar medicación o suministrar programas especiales de rehabilitación, vivienda, asistencia jurídica u otras formas de apoyo socioeconómico. El personal especializado, por ejemplo los profesionales de enfermería, los psicólogos clínicos, los asistentes sociales, los terapeutas ocupacionales y los voluntarios, ha demostrado su valor como elemento intrínseco de equipos de asistencia flexibles. Los equipos multidisciplinarios tienen especial interés en el manejo de los trastornos mentales, debido a las necesidades complejas de los pacientes y sus familias en distintos momentos de la enfermedad.

Las creencias, actitudes y reacciones sociales deciden muchos aspectos de la atención de salud mental. Los enfermos mentales son miembros de la sociedad, y el ambiente social es un determinante importante de su evolución. Un ambiente social favorable contribuye a la recuperación y la reintegración, mientras que uno negativo puede reforzar la estigmatización y la discriminación. Entre las medidas que pueden ser útiles para potenciar la participación de las comunidades locales se encuentran la difusión de información correcta sobre los trastornos mentales y la aplicación de recursos comunitarios a iniciativas específicas tales como el voluntariado para la prevención de suicidios y la colaboración con curanderos tradicionales. Traspasar la asistencia de las instituciones a la propia comunidad puede modificar las actitudes y respuestas de esta, y ayudar a que las personas con enfermedades disfruten de una vida mejor.

Hay múltiples maneras de inducir cambios en la comunidad. La más importante es el uso de los medios de comunicación para realizar campañas de educación del público. Las campañas «Defeat depression»²⁹ y «Changing minds – every family in the land», llevadas a cabo en el Reino Unido³⁰, y el lema del Día Mundial de la Salud 2001, «Sí a la atención, no a la exclusión», son algunos ejemplos. Programas de sensibilización general en países como Australia, Canadá, los Estados Unidos, India, Irán, Malasia y el Reino Unido han modificado las actitudes de la población hacia los trastornos mentales.

Otro principio importante que desempeña un papel capital en la organización de la atención de salud mental es la integración en la atención primaria, cuya función

fundamental en el sistema sanitario de cualquier país, fue claramente afirmada en la Declaración de Alma-Ata. Este nivel básico de atención actúa a modo de filtro entre la población general y la asistencia sanitaria especializada³¹.

Los trastornos mentales son comunes, y la mayoría de los pacientes sólo acuden a consultas de atención primaria, pero con frecuencia sus afecciones no son detectadas. Además, la morbilidad psicológica es un aspecto común de las enfermedades orgánicas, y la angustia emocional es un hallazgo frecuente (pero no siempre reconocido) de los profesionales de la atención primaria. Capacitar al personal de atención primaria y atención sanitaria general para la detección y el tratamiento de trastornos mentales y conductuales comunes es una medida importante de salud pública. Dicha capacitación se puede facilitar estableciendo enlaces con el personal de salud mental comunitario.

La calidad y la cantidad necesarias de servicios especializados de salud mental dependen de los servicios que se presten en el nivel de atención primaria. Dicho de otro modo, es necesario que la prestación de servicios esté equilibrada entre atención comunitaria y atención hospitalaria. Proteger y mejorar la salud mental de la población es una tarea compleja que entraña múltiples decisiones. Hay que fijar prioridades entre las necesidades, los trastornos, los servicios, los tratamientos y las estrategias de prevención y promoción en materia de salud mental, y hay que adoptar decisiones acerca de su financiamiento. Los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios, como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda. Los resultados en materia de salud mental deben ser vigilados y analizados para poder adaptar en todo momento las decisiones en función de las dificultades que vayan surgiendo³².

Los gobiernos, en su calidad de supervisores últimos de la salud mental, han de asumir la responsabilidad de asegurar que se lleven a cabo esas complejas actividades. Una función decisiva de ese liderazgo es la elaboración y ejecución de políticas. La política determina los problemas y objetivos principales, define los papeles respectivos de los sectores público y privado en el financiamiento y la prestación de servicios, determina los instrumentos de política y los arreglos de organización requeridos en el sector público, y posiblemente en el privado, para alcanzar los objetivos de salud mental, establece el plan de aumento de la capacidad y desarrollo organizacional, y da pautas para establecer prioridades en relación con el gasto, lo que significa vincular el análisis de los problemas a las decisiones acerca de la asignación de recursos.

Dentro de la política sanitaria general, es preciso dar consideración especial a la política de salud mental y a las políticas en materia de alcohol y drogas. Las razones principales son la estigmatización y las violaciones de los derechos humanos que padecen muchos de los afectados por esos trastornos mentales y conductuales, así como la asistencia que gran parte de ellos necesita para encontrar vivienda adecuada o ayuda económica.

Las políticas en materia de alcohol y drogas son un caso particular, pues han de incluir medidas legales y de otro tipo de control del suministro de sustancias psicoactivas, así como un abanico de opciones para hacer frente a las consecuencias negativas del consumo de sustancias que suponen una amenaza para la seguridad pública, a lo que hay que añadir actividades de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación (OMS 1998).

Un paso importante en la elaboración de una política de salud mental es la designación por parte del gobierno de las personas responsables de su formulación. En el proceso de elaboración debe contarse con la opinión de una amplia gama de interesados directos: pacientes (a veces llamados consumidores), familiares, profesionales, formuladores de políticas y otras partes interesadas. Algunos, como los empleadores o los miembros del sistema de justicia penal, quizá no se consideren interesados directos, pero hay que persuadirlos de la importancia de su participación. La política debe fijar prioridades y esbozar criterios, con arreglo a las necesidades definidas y teniendo en cuenta los recursos disponibles.

En algunos países la salud mental se está integrando en la atención primaria, pero sin llevar a cabo reformas radicales en los hospitales psiquiátricos o en lo relativo a las opciones de base comunitaria. Las grandes reformas del sector sanitario emprendidas en muchos países son una oportunidad para fortalecer la posición de la salud mental en esos sectores y para iniciar el proceso de integración a nivel normativo, asistencial y comunitario.

La política debe formularse partiendo de información actualizada y fiable acerca de la comunidad, los indicadores de salud mental, los tratamientos eficaces, las estrategias de prevención y promoción y los recursos de salud mental, y debe ser revisada periódicamente para modificar o actualizar los programas si es preciso.

Una tarea importante es reunir y analizar información epidemiológica para definir los determinantes psicosociales básicos de los problemas mentales, y aportar información cuantitativa sobre la magnitud e índole de los problemas en la comunidad. Otra tarea

importante consiste en llevar a cabo un estudio amplio de los recursos y estructuras existentes en las comunidades y las regiones, así como un análisis crítico de la medida en que estén respondiendo a las necesidades definidas³³. Al respecto, conviene usar una «matriz de economía mixta» para cartografiar los distintos sectores de proveedores, las vías por las que reciben recursos y las formas de vinculación entre esos sectores y recursos. Los servicios de salud mental y los servicios conexos, como los de bienestar social y alojamiento, pueden ser facilitados por organizaciones o grupos públicos (Estado), privados (lucrativos), voluntarios (no lucrativos) o informales (familia o comunidad). En la práctica la mayoría de las personas sólo reciben algunos servicios formales, junto con apoyo informal de la familia, los amigos y la comunidad. Una vez elaborada la matriz, puede efectuarse un análisis más sistemático de los tipos y la calidad de los servicios, los proveedores principales y las cuestiones relacionadas con el acceso y la equidad.

Tanto para formular como para evaluar la política hay que contar con un sistema eficaz y bien coordinado de información que permita medir un número mínimo de indicadores de salud mental. Actualmente, cerca de la tercera parte de los países carecen de un sistema de notificación anual de los datos de salud mental. Los que sí cuentan con ese sistema, a menudo carecen de información suficientemente detallada para poder evaluar la eficacia de la política, los servicios y los tratamientos. Alrededor de la mitad de los países no tienen medios para reunir datos epidemiológicos o sobre los servicios a escala nacional.

Los gobiernos han de invertir recursos en el desarrollo de sistemas de vigilancia de la información que incorporen indicadores de los principales determinantes demográficos y socioeconómicos de la salud mental, el estado de salud mental de la población general y de las personas en tratamiento (incluidas categorías diagnósticas específicas por edades y sexos), y los sistemas de salud. Los indicadores sobre estos últimos podrían incluir, por ejemplo, el número de camas en hospitales psiquiátricos y hospitales generales, el número de ingresos y reingresos en hospitales, la duración de la estancia, la duración de la enfermedad en el primer contacto, las pautas de uso de los tratamientos, las tasas de recuperación, el número de visitas ambulatorias, la frecuencia de las visitas de atención primaria, la frecuencia y dosificación de la medicación y la dotación de personal y el número de instalaciones de capacitación. La estructura del sistema en los países debe ser tal que la información reunida en los niveles local y regional, pueda cotejarse y analizarse sistemáticamente a nivel nacional.

Los servicios comunitarios de salud mental deben ofrecer tratamiento y atención integrales a nivel local. Además de ser fácilmente accesibles para los pacientes y sus familias, esos servicios deben estar completos, en el sentido de que han de ofrecer una gama de recursos para atender las necesidades de salud mental tanto de la población general cuanto de grupos especiales, como los niños, los adolescentes, las mujeres y los ancianos. Lo ideal es que esos servicios incluyan lo siguiente: nutrición; arreglos para el ingreso de casos agudos en hospitales generales; atención ambulatoria; centros comunitarios; servicios periféricos; residencias; asistencia de relevo para familiares y cuidadores; apoyo ocupacional, profesional y de rehabilitación; y necesidades básicas como la vivienda y la ropa. Si se ha iniciado la desinstitucionalización, los servicios comunitarios deben desarrollarse paralelamente. Todas las funciones positivas de las instituciones deben reproducirse en la comunidad, sin perpetuar los aspectos negativos³⁴.

La integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales, particularmente en el nivel de atención primaria, tiene numerosas ventajas, entre las que cabe citar las siguientes: menor estigmatización de los pacientes y del personal, ya que los trastornos mentales y conductuales se identifican y tratan junto con las dolencias orgánicas; mejor selección y tratamiento, sobre todo mejores tasas de detección para los pacientes que acuden con trastornos somáticos vagos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento; posibilidad de tratar mejor los problemas orgánicos de las personas que padecen enfermedades mentales y viceversa, y mejor tratamiento de los aspectos mentales asociados a los problemas «orgánicos». Para los administradores, las ventajas incluyen el hecho de compartir la misma infraestructura, lo que permite hacer economías por aumento de la eficiencia; la posibilidad de ofrecer una cobertura universal para la atención de salud mental, y el uso de recursos comunitarios que pueden compensar en parte la limitada disponibilidad de personal de salud mental.

La integración exige un análisis detenido de lo que puede y no puede lograrse mediante el tratamiento y la atención en cada nivel asistencial. Por ejemplo, en el caso del alcohol las estrategias de intervención precoz se aplican con más eficacia en el nivel de atención primaria, mientras que la psicosis aguda puede manejarse quizá mejor en un nivel superior donde se disponga de mayor experiencia y de más medios de investigación y fármacos especializados. Después los pacientes deben ser derivados de nuevo al nivel primario para un tratamiento sostenido, pues los agentes de atención primaria son los que

están en mejores condiciones de prestar un apoyo ininterrumpido a los pacientes y sus familias.

Las formas específicas de integración de la salud mental en la atención sanitaria general dependerán en gran medida de la función y la situación de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria dentro de los sistemas de salud de los países. Para que la integración tenga éxito, los formuladores de políticas deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El personal sanitario general debe tener los conocimientos técnicos y prácticos y la motivación necesarios para tratar a los pacientes que padecen trastornos mentales y ocuparse de ellos.
- Debe haber un número suficiente de profesionales con los conocimientos y la autoridad necesarios para recetar fármacos psicotrópicos en los niveles primario y secundario.
- Los fármacos psicotrópicos básicos deben estar disponibles en los niveles de atención primaria y secundaria.
- Se necesitan especialistas en salud mental para prestar apoyo y supervisar al personal de salud general.
- Debe haber mecanismos de derivación eficaces entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.
- Hay que redistribuir los fondos desde el nivel terciario hasta los niveles de atención secundaria y primaria, a menos que se liberen nuevos fondos.
- Es preciso establecer sistemas de registro que permitan el seguimiento, la evaluación y la actualización sostenidas de las actividades integradas.

Con independencia de la situación económica del país, siempre parecerá que los recursos necesarios para financiar actividades, servicios y tratamientos son insuficientes. Para la salud mental, como para la salud en general, hay que elegir entre un gran número de servicios y una amplia gama de estrategias de prevención y promoción. Esa elección, naturalmente, tendrá distintos efectos en distintos trastornos mentales y diferentes grupos necesitados, pero es importante reconocer que en última instancia hay que elegir entre estrategias clave más que entre trastornos concretos.

Aún se sabe bastante poco acerca de los costos y los resultados de distintas intervenciones, particularmente en los países pobres. Cuando hay datos, se debe proceder con cautela a la hora de extrapolar las conclusiones a circunstancias distintas de las que

generaron los datos: los costos pueden diferir enormemente, al igual que los resultados, según la capacidad del sistema de salud para ejecutar la intervención. Aun disponiendo de más datos, no existe una fórmula simple para decidir qué intervenciones son más importantes, y mucho menos para determinar cuánto invertir en cada una de ellas. El gasto privado directo solo puede controlarlo el consumidor, y los prepagos privados en atención de salud mental son bastante bajos en casi todos los países.

La decisión crucial para los gobiernos atañe a la manera de utilizar los fondos públicos. La costoeficacia es una consideración importante en varias circunstancias, pero no es nunca el único criterio pertinente. También hay que establecer si la intervención puede considerarse un bien público o parcialmente público, o sea, si entraña costos o beneficios para personas distintas de las que reciben el servicio. Aunque conviene maximizar la eficiencia al asignar los recursos, los gobiernos tendrán que sacrificar parte de ella para poder dedicar también parte de los recursos a fomentar la equidad.

Aunque en general la evaluación de los servicios de salud mental y las decisiones en materia de gasto público deben hacerse con los mismos criterios que en otros servicios de salud, parece haber algunas características importantes que distinguen al menos algunas de las intervenciones posibles. Una es que el control de algunos trastornos mentales puede reportar grandes beneficios. A diferencia de los beneficios que se derivan del control de las enfermedades transmisibles, donde el tratamiento de un caso puede prevenir otros y la inmunización de la mayoría de la población susceptible también protege a los no inmunizados, los beneficios derivados de la atención de salud mental se reflejan a menudo en datos no directamente relacionados con la salud, como una reducción del número de accidentes y traumatismos asociados al consumo de alcohol o un menor costo de algunos servicios sociales. Para captar esos efectos, solo con un análisis de la costoeficacia, hay que saber discernir el beneficio social global resultante de las mejoras tanto sanitarias como no sanitarias.

Otra diferencia posiblemente importante se deriva del carácter crónico de algunos trastornos mentales. Esa circunstancia los hace – al igual que ocurre con algunas afecciones físicas crónicas y a diferencia de las necesidades médicas agudas e impredecibles – difíciles de cubrir mediante seguros privados y, por consiguiente, especialmente apropiados para los seguros públicos, ya sean explícitos (como en la seguridad social) o implícitos (basados en los impuestos generales). Por último, mientras que muchos problemas de salud contribuyen a la pobreza, los trastornos mentales crónicos

conllevan a menudo la incapacidad de trabajar y acentúan la miseria, de ahí la necesidad de que en los presupuestos de los servicios de salud mental se haga hincapié en la atención a los pobres.

Por difícil que resulte fijar prioridades basadas en los diversos criterios pertinentes, cualquier consideración racional de las cuestiones que se acaban de tratar permitirá asignar los recursos de forma menos arbitraria o rutinaria, sobre todo si se desea aumentar sensiblemente los recursos públicos destinados a la atención mental: aumentar proporcionalmente todo cuanto se esté financiando rara vez será una medida eficiente o equitativa. La asignación basada en las necesidades es una fórmula más equitativa para distribuir los recursos, pero supone un acuerdo previo en cuanto a la definición de esas «necesidades». Además, las necesidades en sí mismas no son prioridades, pues no todas se corresponden con intervenciones eficaces, a lo que se añade el hecho de que lo que necesita la población no siempre coincide con lo que quiere o exige. Este problema, que se plantea ya con afecciones orgánicas que no impiden al consumidor expresar su demanda, se acentúa lógicamente en el caso de algunos trastornos mentales que limitan esa competencia.

Como ya se ha destacado, el financiamiento previsto para la salud mental ha de dedicarse realmente a los servicios, y ello depende de cómo se organicen los fondos mediante los presupuestos o los acuerdos de adquisición. Una técnica para establecer esa conexión consiste en especificar algunos servicios de salud mental, elegidos con arreglo a los criterios que acaban de describirse, como parte de un paquete global de intervenciones básicas o esenciales que el sector público en efecto prometa financiar, con independencia de que el presupuesto especifique o no la cantidad que deba dedicarse a cada uno de sus servicios.

En los países en desarrollo, la falta de especialistas y agentes de salud con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para tratar los trastornos mentales y del comportamiento supone un importante obstáculo para dispensar tratamiento y atención. Para que los sistemas de salud progresen, es preciso invertir tiempo y energía en la evaluación del número y el tipo de profesionales y agentes que se necesitarán en los próximos años. La proporción de especialistas en salud mental respecto de los agentes de salud generales dependerá de los recursos existentes y de las estrategias asistenciales. Con la integración de la atención de salud mental en el sistema sanitario general, aumentará la demanda de generalistas con capacitación en salud mental y disminuirá la de especialistas,

aunque siempre habrá que contar con una masa crítica de éstos para tratar y prevenir eficazmente esos trastornos.

Se observan una amplia disparidad en cuanto al tipo y el número de agentes de salud mental en todo el mundo. La mediana del número de psiquiatras varía entre 0,06 por 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos y 9 por 100 000 habitantes en los países de ingresos altos. En cuanto a las enfermeras de psiquiatría, la mediana varía entre 0,1 por 100 000 en los países de ingresos bajos y 33,5 por 100 000 en los países de ingresos altos. En casi la mitad del mundo hay menos de un neurólogo por millón de personas. La situación respecto de los proveedores de atención para niños y adolescentes es aún mucho peor.

El personal sanitario que contribuirá a la salud mental comprenderá probablemente médicos generalistas, neurólogos y psiquiatras, agentes de atención comunitaria y primaria, profesionales auxiliares de salud mental (enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos y asistentes sociales). La adopción de un sistema de atención integrada basada en la comunidad obligará a redefinir las funciones de muchos proveedores de salud. Un agente de salud general puede tener ahora la responsabilidad añadida de detectar y tratar trastornos mentales y conductuales en la comunidad, incluida la detección e intervención precoz ante los casos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y un psiquiatra que antes trabajase en una institución deberá quizá asumir nuevas funciones de capacitación y supervisión cuando se traslade a un entorno comunitario³⁵.

La descentralización de los servicios de salud mental también podría repercutir en las funciones y las responsabilidades que surgen como consecuencia de la transferencia de las tareas de gestión y administración al nivel local. Las nuevas funciones deben definirse claramente para facilitar la asunción de las nuevas responsabilidades. También se necesita capacitación para transmitir las aptitudes técnicas que requerirán las nuevas funciones y responsabilidades. Sin duda el cambio de funciones planteará problemas de reparto del poder y el control que dificultarán el proceso.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, es necesario actualizar los planes de estudios universitarios de medicina, a fin de garantizar que los médicos tengan los conocimientos técnicos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales. El personal paramédico, como las enfermeras y los asistentes sociales, necesitan capacitación para comprender los trastornos mentales y del comportamiento y la gama de tratamientos disponibles, y esa formación debe centrarse en

las esferas más relacionadas con su labor sobre el terreno. Todos los cursos deben incluir la aplicación de estrategias psicosociales basadas en la evidencia y el desarrollo de aptitudes en materia de administración y gestión, elaboración de políticas y métodos de investigación.

El punto de acceso más apropiado para la promoción de la salud mental dependerá tanto de las necesidades como del contexto social y cultural. El alcance y el nivel de las actividades variarán desde el plano local hasta el nivel nacional, al igual que las intervenciones concretas de salud pública (desarrollo de servicios, política, difusión de información, promoción, etc.).

El obstáculo más importante que hay que salvar en la comunidad es la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento. La lucha contra la estigmatización y la discriminación debe hacerse en varios frentes, fundamentalmente mediante la educación de los profesionales y los agentes de salud, el cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan y refuerzan el estigma, la prestación de servicios de salud mental en la comunidad y la aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos mentales. La estigmatización se combate también realizando “campañas de información pública para educar e informar a la comunidad acerca de la naturaleza, el alcance y las repercusiones de los trastornos mentales, a fin de disipar falsas creencias muy extendidas y de fomentar actitudes y comportamientos más positivos³⁶”.

Los medios de información en sus diversas formas pueden utilizarse para promover en la comunidad actitudes y comportamientos más positivos hacia las personas con trastornos mentales. Pueden adoptarse medidas para supervisar, eliminar o impedir el uso mediático de imágenes, mensajes o historias que pudieran resultar perjudiciales para las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento. Los medios también pueden utilizarse para informar al público, para favorecer o motivar el cambio de actitudes y comportamientos individuales, y para propugnar cambios en los factores sociales, estructurales y económicos que influyen en los trastornos mentales y conductuales.

La publicidad, aunque costosa, es útil para sensibilizar respecto a problemas y acontecimientos y para neutralizar ideas erróneas. Siempre será una opción relativamente más sencilla para dar forma a noticias que capten la atención del público y para presentar los problemas y las medidas con fines de sensibilización. La inserción de mensajes educativos sobre cuestiones sanitarias o sociales en los medios de entretenimiento

(«edutenimiento») es útil para transformar las actitudes, las creencias y los comportamientos.

Internet es una poderosa herramienta de comunicación y de acceso a información sobre salud mental. Se utiliza como medio para informar y educar a pacientes, estudiantes, profesionales de la salud, grupos de consumidores, organizaciones no gubernamentales y la población en general acerca de la salud mental; como lugar de encuentro de grupos de autoayuda y de debate; y para proporcionar atención clínica. Con Internet la comunidad estará mejor informada, y en consecuencia esperará más del tratamiento y la atención que le ofrezcan los proveedores. Como contrapartida, la comunidad habrá de analizar e interpretar una abundantísima y compleja literatura de veracidad dispar. Cada vez más, los usuarios de Internet podrán acceder fácilmente a servicios de tratamiento y consulta de profesionales de la salud, incluida la salud mental, para realizar desde preguntas sencillas hasta consultas más avanzadas basadas en el uso del vídeo o la telemedicina.

Aunque la estigmatización y la discriminación tienen su origen en la comunidad, no debe olvidarse que esta también puede ser un recurso y un entorno de gran importancia para hacer frente a sus causas y efectos y, más en general, para mejorar el tratamiento y la atención dispensados a las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

El papel de la comunidad puede ir desde la autoayuda y la ayuda mutua hasta la presión política en petición de cambios en la atención y los recursos de salud mental, llevando a cabo actividades de educación, participando en la vigilancia y la evaluación de la atención, y sensibilizando al público para modificar las actitudes y combatir la estigmatización.

Las organizaciones no gubernamentales son también un valioso recurso comunitario para la salud mental. A menudo son más sensibles a las realidades locales que los programas centralizados, y suelen estar firmemente comprometidas con la innovación y el cambio. Las organizaciones no gubernamentales internacionales contribuyen al intercambio de experiencias y actúan como grupos de presión, mientras que las que trabajan en los países son responsables de muchos programas y soluciones innovadores en el nivel local. A menudo desempeñan un papel muy importante cuando no hay un sistema de salud mental formal u operativo, y llenan el vacío existente entre las necesidades comunitarias y los servicios y estrategias disponibles en la comunidad.

Los grupos de consumidores han surgido como una fuerza poderosa, activa y visible, que a menudo expresa su insatisfacción por la atención y el tratamiento dispensados. Esos grupos han sido fundamentales para la reforma de la salud mental (OMS 1989). En muchas partes del mundo hay actualmente un gran número de asociaciones de consumidores seriamente interesadas en la salud mental que actúan en este terreno, desde agrupaciones informales hasta organizaciones en toda regla legalmente constituidas y dotadas de constitución. Aunque tienen distintos objetivos y metas, todas ellas defienden enérgicamente el punto de vista del consumidor.

Las autoridades responsables de la prestación de servicios, tratamiento y atención son responsables ante los consumidores del sistema. Un paso importante hacia el logro de una gestión responsable es hacer participar a los consumidores en la creación de servicios, la revisión de las normas de los hospitales y la elaboración y aplicación de políticas y legislación.

En muchos países en desarrollo las familias desempeñan un papel clave en el cuidado de los enfermos mentales y son en muchos sentidos los principales proveedores de atención. Con el cierre gradual de los hospitales psiquiátricos en países con sistemas de atención desarrollados, las responsabilidades se están transfiriendo también a las familias. La labor de estas será positiva o negativa en función de su capacidad de comprensión, de sus conocimientos teóricos y prácticos y de su preparación para atender al enfermo mental. Por esos motivos, una estrategia comunitaria importante consiste en ayudar a las familias a comprender la enfermedad, alentar la observancia de la medicación, reconocer los signos tempranos de recaída y corregir rápidamente las crisis. Esto posibilitará una mejor recuperación y reducirá la discapacidad social y personal. Las enfermeras comunitarias visitadoras y otros agentes de salud pueden suponer un importante apoyo, al igual que las redes de grupos de autoayuda para las familias y el apoyo financiero directo.

Conviene hacer dos advertencias. En primer lugar, la erosión de la familia extensa en los países en desarrollo, unida a la migración a las ciudades, dificulta los planes de utilizar este recurso para atender a los pacientes. Y en segundo lugar, si el entorno familiar no asegura un apoyo y una atención de calidad, o resulta de hecho perjudicial, la intervención de la familia debe descartarse.

La política de salud mental puede abordar parcialmente los efectos de los determinantes ambientales atendiendo las necesidades especiales de los grupos vulnerables y garantizando que haya estrategias para prevenir la exclusión. Pero como muchos de los

macrodeterminantes de la salud mental guardan relación con casi todos los ministerios del gobierno, el alcance de las mejoras de la salud mental de una población también depende en parte de las políticas de otros sectores de la administración pública. En otras palabras, estos son responsables de algunos de los factores que intervienen en los trastornos mentales y conductuales y deberían asumir responsabilidades respecto de algunas de las soluciones.

La colaboración intersectorial entre los distintos ministerios es fundamental para que las políticas de salud mental se beneficien de los programas oficiales principales. Además, se necesitan aportaciones en materia de salud mental para garantizar que todas las actividades y políticas estatales contribuyan a ella y no la menoscaben. “Todas las políticas deben ser analizadas antes de llevarlas a la práctica para estudiar sus repercusiones en la salud mental, y todas las políticas estatales deben abordar las necesidades y los problemas particulares de las personas que padecen trastornos mentales³⁷”.

Los datos epidemiológicos son indispensables para establecer prioridades en la salud en general y en la salud mental en particular, así como para diseñar y evaluar intervenciones de salud pública. Sin embargo, apenas se dispone de información sobre la prevalencia y la carga que suponen los grandes trastornos mentales y conductuales en los países, sobre todo en los países en desarrollo. Tampoco se han hecho estudios longitudinales para analizar la evolución de importantes trastornos mentales y conductuales y su relación con factores psicosociales, genéticos y económicos y con otros determinantes ambientales. La epidemiología, entre otras cosas, es también un importante instrumento de sensibilización, pero el hecho es que muchos países carecen de datos que permitan respaldar esa sensibilización respecto a la salud mental³⁸.

Este informe concluye haciendo 10 recomendaciones generales:

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no solo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarro de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso

óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos

En todos los niveles de la asistencia sanitaria deben dispensarse y estar siempre disponibles los medicamentos psicotrópicos esenciales. Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores fármacos para el tratamiento de las distintas afecciones. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con ese fin. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo donde no puede recurrirse a intervenciones psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

3. Prestar asistencia en la comunidad

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

4. Educar al público

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los

trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles. Esto constituye ya una prioridad para una serie de países y organizaciones nacionales e internacionales. Mediante campañas de sensibilización y educación del público bien planeadas es posible reducir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado debería ser unos servicios más consonantes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos mentales y sus familias.

6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales.

Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema sanitario. Los planes de seguro de enfermedad no deben discriminar a los enfermos mentales, a fin de ampliar el acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

7. Desarrollar recursos humanos

En la mayoría de los países en desarrollo es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en

desarrollo carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental. Una vez capacitados, se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos en los que sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos con miras a la asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

8. Establecer vínculos con otros sectores

Otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades. Las organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

9. Vigilar la salud mental de las comunidades

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Esa clase de vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental consiguientes a acontecimientos externos, por ejemplo desastres naturales o provocados por la acción del hombre. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

10. Apoyar nuevas investigaciones

Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental.

Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo. En todos los casos las acciones deben estar basadas en las posibilidades reales con las que cuenta el país o región.

Dirección Nacional de Salud Mental

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) es un organismo dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

La DNSMyA promueve y coordina redes locales, regionales y nacionales, ordenadas según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones. Esta tarea articula los diferentes niveles y establece los mecanismos necesarios que aseguren y normaticen el empleo apropiado y oportuno de los mismos, y su disponibilidad para toda la población.

Se propone dar respuesta efectiva a la necesidad de fortalecimiento de las políticas públicas de salud mental, en especial en relación al cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas cuya salud mental se encuentra comprometida. Esto significa potenciar la cultura y dinámica propias de cada lugar. Y extender el alcance de las acciones resultantes a partir del trabajo sinérgico y mancomunado de los Estados nacional, provinciales y municipales. El vínculo fluido con las organizaciones de la sociedad civil – universidades, sindicatos, asociaciones profesionales, ONGs- permite además un diálogo entre diversas experiencias y conocimientos, y sobre todo la recuperación de los saberes de los sectores populares.

La DNSMyA pretende fortalecer estrategias de desarrollo local, que profundicen la organización comunitaria y la capacidad de gestión. Lo que redundará en mejor salud mental y más democracia.

Ejes de trabajo:

La DNSMyA se propone los siguientes ejes de trabajo:

- Fortalecer una red nacional de salud mental basada en la consolidación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y con anclaje territorial.
- Integrar las políticas de salud mental, y las de tratamiento de las adicciones en particular, en las políticas generales de salud.

- Promover la salud mental, así como la prevención de las adicciones.
- Constituir un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, que permita establecer y validar prioridades.
- Generar principios rectores sobre atención de la salud mental y de las adicciones desde una perspectiva interdisciplinaria, respetuosa de los Derechos Humanos y con eje comunitario.
- Implementar el Plan Nacional de Salud Mental, así como también impulsar la articulación oficial e intersectorial de las acciones previstas por él.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) viene ampliando, en los últimos años, su presencia territorial para fortalecer la salud mental de la población. En base al artículo 4 de la Ley 25.421³⁹, que creó el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, este organismo entiende la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje central de sus políticas y acciones.

Son 103 los equipos interdisciplinarios desplegados en 15 provincias (Buenos Aires, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Misiones, Jujuy, Santiago del Estero, La Rioja, La Pampa, Córdoba, Neuquén, Chubut, Río Negro, Santa Fe y Santa Cruz) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La mayoría de ellos desempeñan su labor en dispositivos ubicados en barrios en situación de vulnerabilidad. Sus tareas están orientadas a la asistencia, promoción y prevención de la salud, cuyo fundamento central, como ordena la Ley N° 26.657, es la “inclusión social de las personas y la protección de sus Derechos Humanos⁴⁰”.

Unos 400 agentes territoriales de la DNSMyA –entre los que hay psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, enfermeros, antropólogos, comunicadores sociales y operadores de salud- fortalecen las acciones en el primer nivel de atención, generando dispositivos de asistencia, espacios de capacitación y sensibilización y posibilitando la transmisión de herramientas que dejen capacidad instalada y permiten empoderar a las comunidades. Un desafío exigente, cotidiano y, a la vez, enriquecedor que llevan adelante, en mayor medida, en guardias de hospitales generales y Centros Integradores Comunitarios (CICs).

Las estrategias de atención se materializan en espacios de consejería y orientación, asistencia en grupos terapéuticos, acompañamiento y derivación asistida a la red de servicios asistenciales, haciendo eje principalmente en el hospital general.

Así, algunas de las prácticas de promoción se centran en charlas informativas orientadas a distintos grupos etarios, utilización de materiales de difusión (folletería, spots radiales, videos), realización de foros y jornadas de intercambio, con participación de actores gubernamentales –de la Nación, las provincias y los municipios- y no gubernamentales.

Las actividades de promoción se dirigen por un lado a grupos en situación de vulnerabilidad, tales como adolescentes y jóvenes, siendo la escuela un lugar prioritario de abordaje. Por el otro, se efectúan acciones de formación y capacitación con efectores de salud (equipos sanitarios, gabinetes pedagógicos escolares, operadores comunitarios), a fin de brindar herramientas de abordaje y guías de atención basadas en el paradigma vigente en la Argentina⁴¹.

El Plan Nacional de Salud Mental, basado en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y adicciones en las políticas públicas de salud.

Las presentes líneas de acción, que se desprenden de los objetivos y los problemas priorizados en la formulación del Plan, adoptan principios éticos, componentes estratégicos y programáticos que se hallan enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los principios éticos rectores son los siguientes: a) el enfoque de Derechos Humanos aplicado a la protección de las personas con padecimiento mental; b) el criterio de equidad, que asigna especial relevancia a la atención sanitaria de las personas en situación de vulnerabilidad; y c) una perspectiva basada en el respeto a la diversidad etaria, cultural y de género.

Dada la complejidad de los problemas y de las estrategias a adoptar para su resolución, los componentes estratégicos fundamentales serán la integración sectorial -dentro y fuera del sector salud-, la interdisciplinariedad, la interculturalidad, las redes de servicios articuladas territorialmente, la readecuación del financiamiento según prioridades de la gestión, y el fomento de la participación y organización comunitaria.

En virtud de su relevancia epidemiológica y de las notorias brechas existentes en el proceso de atención, los contenidos programáticos específicamente priorizados son las adicciones con énfasis en el consumo episódico excesivo de alcohol, la prevención del

suicidio y las problemáticas de salud mental que afectan a los niños y a los adultos mayores.

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las jurisdicciones para la implementación del presente Plan se destaca lo siguiente:

a) Los efectores y organismos públicos de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de complejidad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.

b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en las instituciones asilares.

Se promoverá la apertura de espacios de concertación intersectorial que procuren el mayor grado de consenso entre los actores representativos del campo de la Salud Mental: federaciones y asociaciones profesionales, organizaciones de la sociedad civil y con base comunitaria, entidades de usuarios y familiares, universidades, organismos públicos de los distintos niveles jurisdiccionales, representantes del ámbito legislativo y/o judicial.

Por la relevancia que adquieren los recursos humanos para la adecuada implementación del presente Plan, se promoverán instancias de intercambio continuo entre las instituciones formadoras, las entidades empleadoras y agencias reguladoras, que permitan adaptar y actualizar los contenidos curriculares y los procesos de formación en las carreras técnicas y profesionales de grado y de posgrado.

En tal sentido, es necesario el relevamiento de las necesidades de capacitación de quienes se desempeñen como trabajadores del sector, la habilitación de espacios y/o ámbitos de formación que aseguren el aprendizaje de prácticas basadas en el modelo comunitario de atención.

Dada la importancia que reviste la sensibilización de la población en torno a la promoción de conductas asociadas a la salud, tienen un papel relevante en la formulación e implementación del presente Plan, incrementar y optimizar el suministro de información acerca de la oferta de servicios existentes. Los objetivos perseguidos son lograr una mayor accesibilidad a los mismos, revertir el estigma y la discriminación, y fomentar la

progresiva incorporación del nuevo paradigma en Salud Mental en las estrategias de comunicación y difusión masiva.

El logro de un mayor grado de articulación con las entidades formadoras y agencias científicas permitirá habilitar oportunidades para el fomento y desarrollo de líneas de investigación que permitan una adecuada caracterización de los problemas atinentes al campo, mejorar el proceso de asignación de prioridades y la toma de decisiones de política pública en el campo de la salud mental.

Asimismo, el establecimiento de normas y directrices de calidad en forma coordinada con las áreas de competencia, el fortalecimiento de los sistemas de información y la sistematización de los conocimientos provenientes de universidades y agencias de investigación facilitará el monitoreo y evaluación del presente Plan, a fin de corregir los desvíos detectados, mejorar y/o profundizar las líneas de acción adoptadas que reflejen su relevancia e impacto en términos sanitarios y epidemiológicos.

Como consecuencia de los procesos de integración regional que atraviesan los distintos países de América Latina en distintas áreas de gobierno, es indispensable desarrollar también estrategias que profundicen los procesos de integración conjunta en la oferta y regulación de servicios de Salud Mental.

Las áreas y sistemas de vigilancia epidemiológica, son un eje prioritario con criterios de registro y sistematización de los diagnósticos y las prácticas adoptadas por los equipos responsables del proceso de atención que se basen en normas y/o estándares validados, de modo tal, que permitan su comparación a nivel jurisdiccional, nacional e internacional.

“En virtud del carácter federal del sistema de gobierno argentino, resulta asimismo indispensable basarse en un criterio de integración jurisdiccional entre los niveles local, provincial y nacional con el objetivo de lograr un mayor grado de eficacia y eficiencia en las acciones y recursos dependientes del sistema formal de salud⁴²”.

Atendiendo al carácter federal y a la existencia de autonomía jurisdiccional para la atención de la Salud Mental, cabe subrayar que las acciones comprendidas en el presente Plan pertenecen a dos grupos diferentes, según de quien dependa su ejecución:

a) Las acciones dependientes del Estado Nacional, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con otras áreas del sector salud, con las áreas jurisdiccionales de Salud Mental y adicciones y en articulación intersectorial e interjurisdiccional con otros sectores estatales y de la sociedad civil⁴³.

b) Las acciones dependientes de las jurisdicciones a través de las áreas (u organismos) competentes en Salud Mental y adicciones, en articulación con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y todos los sectores que involucra la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657⁴⁴.

Para lograr la plena implementación de tales acciones y atendiendo a la relación establecida entre el nivel central y los niveles jurisdiccionales, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se propiciará el diseño de planes provinciales que permitan operar el presente Plan Nacional de Salud Mental, aportando financiamiento en el caso de considerarse necesario y cooperación técnica para los procesos de planificación, supervisión y/o evaluación de los procesos de gestión.

En base a los criterios conceptuales y estratégicos precedentemente formulados, las líneas de acción que a continuación se especifican se basan en los objetivos y los problemas priorizados en la formulación del presente Plan, y se clasifican para su correcta comprensión del siguiente modo:

1. Comunicación.

Se contemplan diversas actividades de comunicación masiva y de participación popular, y otras dirigidas a grupos específicos, tales como: espacios de participación comunitaria, foros intersectoriales, congresos, mesas de discusión; distribución de materiales audiovisuales, cortos publicitarios en radio y televisión, cortos, medios y largometrajes; materiales para medios gráficos, diarios, revistas, afiches, volantes; campañas de información y sensibilización sobre la situación de personas con padecimientos mentales, estigmatización, prejuicios y preconceptos; difusión de datos actualizados sobre base de red de servicios para mejorar el alcance de las medidas de prevención e inclusión social; sensibilización sobre mitos y prejuicios en torno a la Salud Mental y las problemáticas de consumo destinadas a los trabajadores de la salud⁴⁵.

2. Espacios de concertación.

Los espacios de concertación intersectorial e interdisciplinaria se contemplan a escala municipal, provincial y nacional; mesas interministeriales para articular e integrar políticas de Salud/Salud Mental según la Ley Nacional de Salud Mental; mesas de externación con inclusión social interdisciplinaria e intersectorial; inclusión del componente Salud Mental en todos los espacios de concertación; promover espacios de discusión sistemática con

actores representativos sobre registros diagnósticos en Salud Mental contemplando procesos y contextos sociales y culturales⁴⁶.

3. Modalidad de abordaje y red de servicios.

Se implementara el proceso de atención a través de la red de servicios con base comunitaria; diseño e implementación de capacitación y financiamiento de equipos interdisciplinarios acordes a las necesidades sanitarias de cada comunidad en particular de acuerdo a un mapa epidemiológico; descentralización de recursos de Salud Mental hacia una red de servicios con base comunitaria con criterio de equidad territorial; articulación de servicios y dispositivos de Salud Mental con organizaciones sociales y gobiernos municipal, provincial y nacional; creación de equipos de urgencias interdisciplinarios para fortalecer la red de servicios con guardias interdisciplinarias; exhibición en centros/servicios de Salud Mental carteleras que incluyan los derechos de las personas con padecimiento mental; intervenciones comunitarias en poblaciones con alto grado de vulnerabilidad; capacitación en servicio para todos los miembros de los equipos de Salud/Salud Mental para atención de urgencias en Salud Mental; prioridad al trabajo en red para garantizar la atención de la Salud Mental con base comunitaria, la oferta de abordajes grupales y dispositivos barriales y abiertos a la población infantil de la comunidad⁴⁷.

4. Formación, capacitación e investigación en Salud Mental y Adicciones.

Se contempla la formación de profesionales y técnicos, de grado y posgrado, para el desarrollo de competencias específicas; estimular la formación de posgrado para integrantes de equipos de Salud Mental; formulación de lineamientos generales para la RISAM en dispositivos de la red de servicios de Salud Mental; adecuación de contenidos de las capacitaciones continuas teniendo en cuenta los problemas sociales y sanitarios emergentes; inclusión del componente emergencias y desastres en la programación de actividades de capacitación destinado a equipos interdisciplinarios de Salud Mental; fomentar las investigaciones y su publicación como así también fortalecer las redes investigadoras e intercambios de experiencias locales, regionales, nacionales e internacionales; inclusión de pautas y procedimientos en las capacitaciones para la detección temprana y abordaje de trastornos cognitivos y otras problemáticas en adultos mayores⁴⁸.

5. Epidemiología. Monitoreo y evaluación de los servicios.

Desarrollo y optimización del Sistema de Vigilancia Epistemológica de la Salud Mental; inclusión de indicadores de Salud Mental y Adicciones al Registro del Sistema Integrado de Salud Argentino; identificación de sistemas de recolección y análisis de información en Salud Mental generados por el Ministerio de Salud de la Nación; desarrollo y fortalecimiento del componente Salud Mental en las áreas de epidemiología en cada una de las provincias; promover investigaciones epidemiológicas en Salud/Salud Mental y Adicciones; desarrollo de indicadores de Salud mental y Adicciones para evaluar la calidad de los servicios incluyendo la percepción de usuarios y familiares, monitoreando sistemáticamente a través de registros jurisdiccionales⁴⁹.

Estado del Arte. Revisión de Antecedentes

Los antecedentes de estudios de esta magnitud se encuentran avalados tanto por la Organización Mundial de la Salud como por la Organización Panamericana de la Salud, en todos los casos en los informes se aclara que se toma un determinado aspecto del Sistema de Salud Mental a evaluar, atendiendo a las recomendaciones y prioridades señaladas por estos dos organismos internacionales.

Es así entonces que, entre otros, se encuentra la “Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana”⁵⁰ que se realizó en forma conjunta con OMS y el gobierno mexicano a través del pedido expreso de su Secretario de Salud Dr. Julio Frenck, cuya tarea principal estuvo orientada hacia la determinación de las necesidades y cuidados del Trastorno Mental Severo dentro de instituciones hospitalarias, centros primarios, casas de medio camino, hogares de tránsito, hospitales psiquiátricos, entre otros.

También se realizó el “Estudio de Red Asistencial. Servicios de Salud Valparaíso-San Antonio”⁵¹ como una iniciativa del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, que ofrece datos específicos sobre atención en Salud Mental, con el objeto de rediseñar la red de salud asistencial fortaleciendo el modelo de salud familiar. Así también establecer canales de comunicación eficientes de los dispositivos de salud con un mayor énfasis de funcionamiento en red, en donde el usuario efectivamente sea el centro de atención, no solo en el hecho de que reciba la prestación de salud, sino además, se constituya en el principal foco de atención al que tiene que llegar la información sobre la operación del modelo de gestión y del modelo de atención que brinda la red y sus establecimientos.

Asimismo se encontró el “Informe sobre Salud Mental en la República Dominicana”⁵² como una iniciativa de la OMS y OPS utilizando el Instrumento de

Evaluación para Sistemas de Salud Mental elaborado por estos organismos. En este caso el instrumento se utilizó para recopilar información sobre el sistema de salud mental en República Dominicana que le permitió elaborar planes de salud mental, monitorear el progreso en la implementación de dichos planes, proporcionar servicios comunitarios involucrando usuarios, familias y partes interesadas en la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

A nivel nacional en el año 2009, se aplicó el IESM/OMS⁵³ (Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental) que permitió recoger información en 10 de las 24 provincias de la República Argentina (Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Rio Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego y Tucumán). El propósito fue utilizarlo para tomar decisiones con mayor racionalidad y mejorar el sistema de salud mental. Del mismo modo permitió monitorear cambios, o determinar la falta de ellos, que se introdujeron en el propio sistema sobre: las políticas, los planes, servicios, etc. Es necesario destacar que este instrumento no cubre las cuestiones involucradas sobre la promoción de la salud mental y la prevención primaria en salud mental, cuestiones relevantes de indagación para el presente estudio.

En la provincia de Córdoba, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, se elaboró el “Cuadernillo de Red Prestacional”⁵⁴ en el que se detallaron y especificaron las instituciones y servicios que conforman la red prestacional de salud mental. En este documento se identificaron las instituciones monovalentes, los equipos de salud mental en hospitales generales, los equipos de atención comunitaria y los programas provinciales en salud mental. Además se estratificó por zona de integración sanitaria (de la “A” a la “F”). Los datos o características identificadas fueron: denominación del centro, domicilio, teléfono, responsable/director, área de cobertura, grupo étnico, horario de atención, áreas prestacionales, cobertura profesional y prestaciones profesionales.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las características de la relación oferta-demanda de los servicios públicos de salud mental en la zona sur de la ciudad capital de La Rioja.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la conformación de la oferta de servicios públicos en salud mental, en cantidad y calidad de perfiles profesionales, y su relación con la demanda.
- Caracterizar los tratamientos en los centros públicos en salud mental en cuanto a abandonos, interrupciones y/o culminaciones.
- Determinar la cantidad y calidad de demanda según la ubicación geográfica donde radica la población demandante.

Materiales y Métodos

Enfoque, tipo de estudio y diseño metodológico

Para abordar el problema presentado teniendo en cuenta los objetivos propuestos, es necesario pensar en un paradigma de investigación. Se entiende por paradigma al acuerdo entre métodos y procedimientos para alcanzar el conocimiento deseado. Representa el modelo o enfoque fundamental a seguir en la investigación y de él dependen tanto el diseño de la investigación, técnicas e instrumentos de recolección de información como también el análisis de la misma.

El enfoque de esta investigación se encuadra dentro un paradigma cuantitativo que establece el estudio de la realidad social mediante análisis de dimensiones o variables que pueden ser cuantificables. A partir de esta postura que surgió en el momento que se inicia el recorte del problema, han quedado establecidos asimismo, los alcances de la investigación y posibles técnicas a utilizar tanto de muestreo, de recolección de información o trabajo de campo como el análisis de la información.

Según Hernández Sampieri et al.⁵⁵, el alcance del estudio “depende el estado del conocimiento sobre el problema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura, así como la perspectiva que se pretenda dar al estudio”. Por la naturaleza de los objetivos, esta investigación se corresponde con un tipo de estudio de alcance descriptivo, que consiste en llegar a conocer las características de los elementos a observar. Los mismos autores señalan que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables”.

El diseño de la investigación consiste en la estrategia seleccionada para obtener la información. En la presente investigación se ha seleccionado un diseño cuantitativo no experimental ya que el objetivo es describir un fenómeno que ocurre en un ambiente natural sin intervención del investigador, es decir responde a la observación de una situación en contexto natural en el que sucede.

Según el momento de la observación es de tipo transversal ya que la recolección de los datos fue en un determinado momento utilizando la técnica de encuesta (censo) para la

recolección de datos. Cuando se habla de este tipo de diseño se hace referencia a una observación de una serie de variables en un solo momento para luego analizarlas.

Participantes

Población

El universo, sobre el que se trabaja está conformado por los centros públicos de salud de la zona sur de la ciudad de La Rioja. Incluye los 8 centros primarios de salud pública (CPS): Islas Malvinas, José Simone, Ofelia Bazán de Lozada, Mis Montañas, Eva Perón, La Cañada, Luis Vernet y Nuevo Argentino; y el Hospital Regional “Enrique Vera Barros” que dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja. También lo conforma el Hospital Escuela y de Clínicas “Virgen María de Fátima” perteneciente a la Universidad Nacional de La Rioja.

En el Hospital Regional funcionan 4 servicios con atención a la salud mental: Servicio de Adolescencia, Servicio de Psicología Clínica, Servicio Neuropsiquiátrico y Servicio de Urgencias de Salud Mental, los que serán tratados como centros de salud independientes debido a las características de su conformación y actividad. A estos se le suma el Hospital Escuela y de Clínicas “Virgen María de Fátima” el cual posee servicio de salud mental.

Por lo tanto el total de centros públicos de salud a analizar son 13, de los cuales algunos poseen servicio de salud mental (Con Salud Mental) y otros no (Sin Salud Mental), clasificación que genera dos estratos en la población que se detallan en la Tabla Nro. 1.

Tabla Nro. 1: Caracterización de los servicios de salud según posean o no atención sobre salud mental

Estratos	Servicios de Salud Pública
Estrato I Con servicio de salud Mental (CSM)	Mis Montañas 3
	Servicio de Adolescencia (HVB) 3
	Servicio de Psicología Clínica 2
	Servicio de Neuropsiquiatría 3
	Servicio de Urgencias en salud mental 2
	Hospital Escuela y de Clínicas 2
Estrato II Sin servicio de salud Mental (SSM)	José Simone (Luis Vernet) 2
	Benito Montoya (3 de febrero) 4
	Islas Malvinas 3
	Ofelia Bazán de Lozada(Nuevo Argentino)3
	La Cañada 3
	Benjamín Rincón 3
	Eva Perón (Ruta5) 3

Nota: De los 8 CPS, solo uno de ellos posee servicio de salud mental.

El universo se establece tal como se menciona, sin desconocer la existencia de profesionales y agentes sanitarios que se desempeñan en ambos hospitales brindando una asistencia de clínica general y específica. Tal recorte obedece a la factibilidad y adecuación de los elementos de análisis en relación al objetivo del presente trabajo.

Unidades de análisis

La unidad de análisis según Vieytes⁵⁶ “es el elemento mínimo de estudio observable en relación con un conjunto de otros elementos que son de su mismo tipo. La pregunta por la unidad de análisis es ¿quiénes van ser medidos? Se tomó como una unidad de análisis a los coordinadores de cada centro de salud, por lo tanto para el relevamiento de datos, se consideró la indagación a la población de coordinadores de centros de salud para lo cual se censa a los 13 coordinadores de los servicios de salud.

Otra unidad de análisis se corresponde con los profesionales y/o agentes sanitarios que prestan servicios en cada centro de salud definido en la población y como en este caso el número es considerable se propone realizar un muestreo.

Muestra

Se tomará una muestra de profesionales y agentes sanitarios que integran los diferentes centros de salud bajo la presunción de que podrán brindar un importante caudal informativo, constituyendo una muestra no probabilística de tipo dirigida (también llamada casual o incidental) que representa la población de sujetos de interés.

Será casual ya que se encuestará a todos los profesionales y agentes sanitarios que se encuentren presentes en el día establecido y acordado para la visita al centro. Los profesionales a encuestar podrán ser médicos clínicos, médicos pediátricos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y se incluyeron también a aquellos que no son considerados profesionales tales como los agentes sanitarios debido al amplia conocimiento sobre de las situaciones que acontecen en la comunidad. Si algún Centro Primario de Salud carecía de profesionales en su planta de empleados, se encuestaba sólo a los agentes sanitarios.

Instrumentos

Se utilizó la técnica cuantitativa de censo/encuesta para la recolección de campo de la información que incluyó preguntas cerradas y abiertas.

La encuesta es una herramienta que permite el acceso a un gran número de personas para recolectar información de un modo rápido y directo. Pueden incluirse en los instrumentos de búsqueda de información preguntas cerradas o abiertas, aunque en ocasiones no es posible a través de ella acceder a información cualitativa que resulta de interés para ampliar las acciones y conocimientos de los sujetos.

Constituye una fotografía de una situación particular a analizar, que facilita la observación de múltiples variables, explorarlas, describirlas como también buscar asociaciones. En el caso de realizar una observación de variables en un momento dado, se denomina observación transversal, tal como se ha tomado en este estudio.

Los instrumentos o cuestionarios aplicados, incluyen indagaciones con preguntas abiertas y cerradas sobre las características de la atención profesional que ofrecen los servicios de salud y sobre la percepción o atención de la demanda según sean coordinadores o profesionales del Estrato I (CSM) o del Estrato II (SSM). Es decir se trabajó con 4 tipos de instrumentos que se adjuntan en el ANEXO.

Los instrumentos se evaluaron para verificar su validez entre profesionales del área de Salud Mental del Hospital Escuela y de Clínicas. Luego se realizó un estudio piloto de 6 encuestados solo para analizar sugerencias o modificaciones en su construcción, dando como resultado una elaboración ajustada al tema de investigación, que no implicó modificaciones sustanciales ya que solo se realizaron alteraciones en la redacción de algunas indagaciones.

Una vez aplicados el censo a coordinadores y la encuesta a profesional/agentes sanitarios, se procedió a analizar cuantitativamente la información, dar lectura de los resultados y elaborar un instrumento para realizar una entrevista en profundidad al Coordinador General de Salud Mental de los Servicios de Salud, dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja.

Procedimientos de recolección y Análisis de datos

Se contactó a la Dirección de Estadística y Censos de la provincia para solicitar datos sociodemográficos de la ciudad Capital y a autoridades del Área de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja con el objetivo de disponer información acerca de la oferta y demanda de salud mental.

En un primer momento se consideró la posibilidad de contar con registros provinciales que dieran cuenta de esa caracterización. Se dispuso de una sistematización de datos que no fue suficiente para caracterizar la demanda ni la población demandante, requisitos que se establecen en los objetivos de la presente investigación. Contenía datos que solo reflejaban la demanda atendida en los servicios de salud esenciales tales como: pediatría, medicina familiar, odontología, nutrición, ginecología, entre otras, sin especificaciones sobre oferta.

Estos informes fueron utilizados para hacer una descripción inicial de las demandas del servicio, y fue necesario elaborar instrumentos de recolección de datos de manera que contemplaran indagaciones conducentes a una descripción más específica de la situación de la oferta y demanda en cada servicio.

Además, como fuera mencionado en el apartado “Estado del Arte. Revisión de Antecedentes”, si bien la OMS/OPS posee instrumentos de recolección de datos ya validados, también advierte que para la evaluación de un sistema de salud mental es necesario centrarse en uno o algunos aspectos del sistema con el objeto de poder detallar y contextualizar debidamente su estudio.

Habiendo revisado sus instrumentos y otros disponibles se determinó que algunos aspectos requeridos para cumplir con los objetivos del presente trabajo no estaban especificados. Entonces, se procedió a construir los instrumentos de acuerdo a la información que se requería para la presente investigación.

La fuente principal de datos se obtuvo mediante el censo y la encuesta (técnicas cuantitativas), los que se realizaron mediante un encuestador profesional del área de salud mental, quien administró el instrumento de manera personal sobre los encuestados para favorecer la dinámica de las respuestas y contar efectivamente con los instrumentos completados.

El operativo consistió en una reunión personal con el coordinador, el profesional o agente sanitario de cada centro. En la misma se indagaba al individuo siguiendo el instrumento ya presentado, a la vez que se realizaban preguntas orientadas al esclarecimiento o ampliación de la temática abordada en el diálogo.

Las indagaciones que emergieron en dicha reunión se hicieron de manera espontánea y siguiendo el relato de los entrevistados.

El operativo de relevamiento en los establecimientos de los servicios de salud se llevó a cabo durante el mes de noviembre del año 2014, y fueron necesarias más de dos visitas a cada servicio de salud para poder cumplimentar los instrumentos requeridos.

Si bien en el mes de febrero estaba prevista la entrevista en profundidad al Coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja, según el listado de preguntas construido luego del análisis de la información provista por los centros de salud (ver ANEXO), la misma no pudo realizarse porque el entrevistado no se presentó a la cita acordada en reiteradas oportunidades.

Los datos de las encuestas (censo) fueron analizados a través de un análisis estadístico descriptivo. Mediante la aplicación de algunos recursos estadísticos tales como: porcentajes, tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, gráficos, etc., se podrán describir ciertas características de la información provista.

El análisis de lo resultante de las entrevistas, se analizó teniendo en cuenta categorías que se pudieron identificar en los relatos sucesivos.

Se utilizó el software InfoStat para el análisis estadístico descriptivo correspondiente a los censos y encuestas realizadas.

Resultados

Cobertura de población de la zona Sur

En la ciudad Capital de La Rioja mediante la delimitación de áreas programáticas dentro de su territorio se planifican y ejecutan programas públicos de salud. Esta delimitación es efectuada por el Ministerio de Salud de la provincia, y para la zona Sur le corresponden 8 áreas programáticas con una cobertura total estimada de 76.127 habitantes.

En la siguiente tabla se presentan las coberturas para cada área, la cual posee su correspondiente centro de salud, siendo el área de Mis Montañas aquella que posee un centro con atención a la salud mental.

Tabla Nro. 2: Estimación de población por área programática

Área programática	Población
Mis Montañas	12.438
Benito Montoya	9.920
Islas Malvinas	17.252
Ofelia Bazán de Lozada	11.180
José Simone	7.410
Benjamín Rincón	10.346
Eva Perón	964
La Cañada	6.617
Total	76.127

Nota: Estimación provista por el Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja

El hospital de Clínicas Virgen de Fátima de la UNLaR se encuentra inserto dentro del área de cobertura del centro Mis Montañas y el hospital regional Enrique Vera Barros también cubre la población estimada.

Centros Con Salud Mental

Coordinadores

Fueron censados todos los coordinadores de un total de 6 centros de salud que cuentan con servicio de salud mental. La coordinación de dos de ellos es llevada a cabo por un Médico y los restantes por psicopedagogo, psicólogo, psiquiatra y terapeuta ocupacional, los cuales son mujeres con una edad promedio es de 43,5 años (DS=6,4).

En estos centros trabajan 131 personas en total, exceptuando los administrativos, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla Nro.3: Cantidad de profesionales en los centros de salud CSM

Profesión	Cantidad Salud Mental	Cantidad	Promedio por centro
Médicos	5	33	5,5
Otros		25	4,2
Enfermeros		17	2,8
Agente Sanitario		15	2,5
Odontólogo		2	0,3
Psicólogo	39	10	1,7
Psicopedagogo		9	1,5
Trabajador Social		7	1,2
Psiquiatra		7	1,2
Terapeuta Ocupacional		5	0,8
Fonoaudiólogo		1	0,2
Total	44	131	

Nota: El promedio de profesionales se calcula sobre el total de 6 centros. En Otros se incluyen a instrumentistas, Lic. en Sistemas, Bioquímicos, Radiólogos, etc.)

En la tabla anterior se observa la variedad de profesiones que se desempeñan en los centros que poseen servicios de salud mental, no obstante solo 44 de ellos (33,6%) posee una profesión específica o formación de post grado en salud mental.

Todos los coordinadores afirman que existen instancias de capacitación periódica fundamentalmente sostenidas financieramente de manera particular. Dos de ellos manifiestan que los capacitan organismos públicos: uno el Ministerio de Salud de la nación y el otro el Ministerio de salud la provincia.

En otro sentido, sostienen que es necesaria la capacitación y los requerimientos están asociados a temas tales como: adicción, adolescencia, abuso familiar, obesidad y salud mental en el ámbito médico.

Cinco de los 6 coordinadores manifiestan que las áreas públicas de gobierno no garantizan la capacitación y la formación, sino que se realizan con los esfuerzos particulares. Solo uno considera que el Ministerio de Salud se responsabiliza ante esos requerimientos.

El trabajo interdisciplinario es reconocido por la totalidad de los encuestados bajo la modalidad de reuniones o charlas entre los profesionales, en los que se reflexiona sobre todos los casos que se presentan en las distintas áreas del servicio de salud.

La totalidad de coordinadores sostienen que las acciones que se desarrollan en los centros de salud con servicios de salud mental, están basadas en la asistencia y focalizada fundamentalmente en los intentos de suicidio y el consumo de sustancias. Acciones de Promoción (3 coordinadores) y Prevención (2 coordinadores), son reconocidas en menor medida.

Además 5 de los 6 coordinadores afirmaron que el servicio cuenta con todos los elementos y espacios necesarios para la atención de manera apropiada a las consultas de salud mental, aunque no reciben lineamientos desde las autoridades en políticas de salud mental.

En relación a las consultas de urgencia en salud mental, la mitad de los coordinadores sostiene que las mismas son factibles de atención o tratamiento en ese centro.

Todos los coordinadores manifiestan que el rango etáreo con mayores consultas es el de 19 años o más con igual proporción en cada uno de los sexos. A la vez, consideran muy necesario el servicio de salud mental, para la comunidad de influencia (5 lo considera *muy necesario* y 1 solo *necesario*).

La asistencia, según todo el universo de coordinadores, está orientada a abordar patologías relacionadas con la salud integral de las personas.

La siguiente tabla presenta el resultado correspondiente a la opinión de coordinadores en relación a los profesionales que reciben mayores consultas según el rango etario y sexo:

Tabla Nro.4: Profesionales que atienden más consultas según rango etario y sexo.

Edad	Sexo	
	Femeninos	Masculinos
3-11 años (niños)	Fonoaudiólogo Psicopedagogo Psicólogo	Fonoaudiólogo Psicopedagogo Psicólogo
12-18 años (adolescentes)	Ginecólogo Psicopedagogo	Clínica Médica Psicopedagogo
19 o más años (Jóvenes y adultos)	Psicólogo Ginecólogo	Clínica Médica Psicólogo Psiquiatra

En el cuadro anterior se advierte que no existen diferencias sustanciales en los profesionales que atienden a la población, lo único relevante es la asistencia del área de psiquiatría en el rango de mayores de 18 años.

Las consultas que se atienden pueden ser espontáneas o generadas por derivaciones. Estas en su mayoría provienen de escuelas según lo informado por 4 de los 6 coordinadores.

La totalidad de los coordinadores considera que si bien algunos pacientes tratados mantienen una continuidad en su tratamiento, con el tiempo todos son abandonados

fundamentalmente por la distancia o lejanía al centro o bien por una mejora momentánea.

Las acciones interinstitucionales sobre salud mental en las que el centro participa, están reconocidas solo por la mitad de los coordinadores y se orientan a relaciones con la Secretaría de adicción, Dirección de Niñez y Familia y el poder judicial.

Profesionales y/o agentes sanitarios

Se encuestaron un total de 15 profesionales/agentes sanitarios con mayoría de mujeres (86,6%) y con una edad promedio de 39,5 años (DS=9,8), distribuidos de la siguiente manera:

Tabla Nro. 5: Profesionales/agentes sanitarios encuestados

Profesionales/Agentes	Cantidad
Psicóloga	6
Psiquiatra	2
Agentes sanitarios	2
Enfermera	1
Psicopedagoga	1
Fonoaudióloga	1
Terapista Ocupacional	1
Trabajadora Social	1
Total	15

Del total de los 15 profesionales/agentes encuestados, 11 de ellos poseen formación en salud mental.

Las instancias de capacitación periódica son reconocidas por 9 profesionales y la mayoría desde la iniciativa particular o bien desde la institución si es que son residentes.

La totalidad de los profesionales considera necesaria la capacitación en temas tales como: abordajes comunitarios, abordaje de problemas sociales, intervención en crisis, Ley de salud mental, psicopatología/familia, psicoterapias, psiquiatría infanto-juvenil y técnicas de rehabilitación.

Trece coordinadores consideran que no están garantizados los espacios de formación y capacitación desde las instituciones públicas, ya sean los Ministerios o Universidades.

Existe un trabajo interdisciplinario en el centro o servicio reconocido por la mayoría de los encuestados bajo la modalidad de “reunión” donde se analizan los casos que se detectan en el servicio y a la vez se intercambian percepciones o conocimientos

sobre las problemáticas de la comunidad.

Las acciones que desarrollan estos centros se focalizan en intervenciones asistenciales, de promoción y de prevención (11, 8 y 5 coordinadores respectivamente).

Dentro de las acciones asistenciales prevalecen las siguientes patologías: trastornos de ansiedad, depresión, conflictos familiares y atención ginecológica, atendiendo más de 600 consultas al año.

Los profesionales (11 coordinadores) consideran muy necesario el aporte del servicio de salud mental en la comunidad y admiten que el servicio cuenta con espacio y elementos que le permiten desarrollar en condiciones su tarea. Aproximadamente la mitad de ellos considera que el servicio trabaja la urgencia de estos casos (8 coordinadores).

La siguiente tabla destaca los profesionales más consultados según rango etario:

Tabla Nro.6: Profesionales que atienden más consultas según rango etario y sexo.

Edad	Sexo	
	Femeninos	Masculinos
3-11 años (niños)	Fonoaudiólogo Psicopedagogo Psicólogo	Fonoaudiólogo Psicopedagogo Psicólogo
12-18 años (adolescentes)	Psicólogo Psicopedagogo Psiquiatra	Psicólogo Psicopedagogo
19 o más años (Jóvenes y adultos)	Psicólogo Psicopedagogo Psiquiatra	Psicopedagogo Psicólogo Psiquiatra

En edades más tempranas las consultas se generan en ambos sexos con igual proporción, sin embargo para mayores de 11 años predominan las mujeres. Además trabajan con demanda derivadas de las escuelas aunque a la vez también atienden la demanda espontánea (11 coordinadores).

La totalidad de los encuestados coinciden que los tratamientos son abandonados o interrumpidos debido a la imposibilidad de asistir a más sesiones asistenciales o bien por alguna moderada mejoría.

Demanda

Para el análisis de las patologías asociadas a la salud mental y que fueran demandadas (consultadas o detectadas) dentro de los centros de salud que poseen servicio de salud mental, se consideraron las opiniones de todos los profesionales/agentes indagados en los

centros (incluyen coordinadores). Se distinguieron distintos rangos etáreos y luego se determinaron los porcentajes de profesionales/agentes que especificaron una determinada patología demandada.

La siguiente tabla otorga una descripción de la presencia de la demanda según la edad de los individuos que asisten al centro de acuerdo a lo manifestado por los encuestados.

Tabla Nro. 7: Porcentaje de profesionales/agentes según patologías demandadas y rango de edad

Patologías	Porcentajes			Total de Prof/Ag. encuestados
	3-11 Niñez	12-18 Adolescencia	19 o más Juventud y Adulthood	
Lenguaje	10,7	14,3	14,3	21
Conducta	14,3	42,9	67,9	21
Aprendizaje	10,7	28,6	7,1	21
Autoagresión/Suicidio*	0,0	35,7	57,1	21
Trastornos de la alimentación	3,6	35,7	39,3	21
Depresión	0,0	17,9	50,0	21
Consumo de sustancias	0,0	42,9	50,0	21
Alcoholismo	0,0	28,6	39,3	21
Violencia doméstica	0,0	35,7	60,7	21
Trastornos de ansiedad	0,0	28,6	50,0	21
Trastornos mentales severos	0,0	0,0	39,3	21

Nota: Los porcentajes se calculan sobre un total de 21 profesionales/agentes encuestados, incluyendo a coordinadores. Los valores indican el porcentaje de profesionales/agentes que detectaron patologías de consulta o demanda dentro del centro al que pertenecen.

* En esta categoría se incluyen los actos individuales que tienen como fin lesionar su cuerpo, intentar quitar su vida y/o el suicidio de los sujetos.

Las 4 patologías con mayor importancia que se advierte en niños que se asisten en estos servicios, corresponden a problemas de conducta, aprendizaje, lenguaje y trastornos de la alimentación (Figura Nro. 1). En el caso de las patologías que registran un 0,0% no indicaría una negativa a la atención sino que las mismas no se han presentado como demanda en los servicios.

Algunas patologías se derivan en el 100% de los casos debido a la imposibilidad de una completa atención y están relacionadas a problemas de aprendizaje y trastornos de la alimentación (Tabla Nro.8). La escuela cumple un papel fundamental en la detección y derivación de casos a los centros.

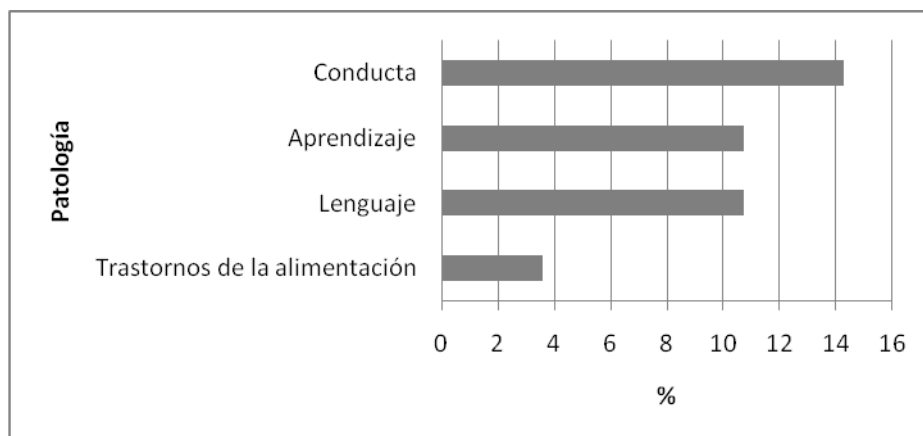


Figura Nro 1: Porcentaje de profesionales/agentes según patologías demandadas. Rango 3-11 años.

En el rango de 12 a 18 años, se presentan 5 patologías (Figura Nro. 2) muy importantes ya que son especificadas por al menos el 30% de los profesionales: Consumo de sustancias, conducta, violencia doméstica, trastornos en la alimentación y autoagresión/suicidio. Estas dos últimas patologías y la violencia doméstica, aparecen preferentemente en mujeres y todas las patologías son en parte asistidas pero también derivadas, en especial los problemas en el aprendizaje y el alcoholismo (Tabla Nro. 8).

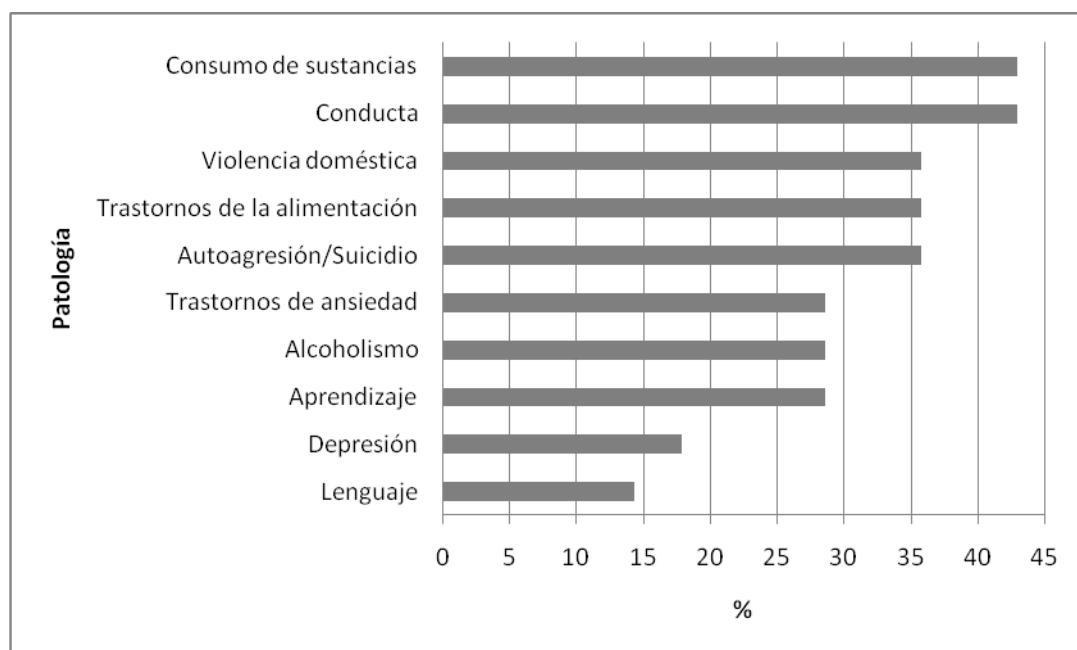


Figura Nro 2: Porcentaje de profesionales/agentes según patologías demandadas. Rango 12-18 años

En la adultez se presentan tres patologías con una referencia de más del 57% de los profesionales: problemas de conducta, violencia y autoagresión/suicidio. En este rango de edad son más diversas las patologías que se asisten o derivan. Los trastornos de ansiedad y

trastornos mentales severos son derivados según lo informado por la totalidad de los profesionales.

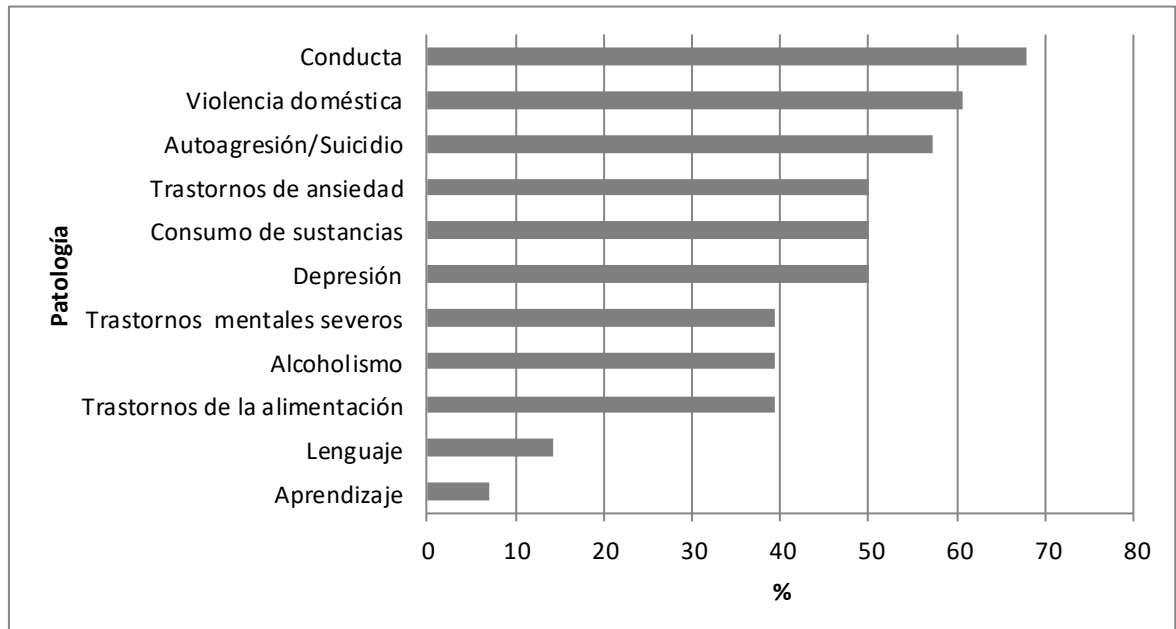


Figura Nro 3: Porcentaje de profesionales/agentes según patologías demandadas. Rango 19 años o más.

Como se observa en la Tabla Nro. 8, la mayoría de las patologías en todos los rangos etarios se presentan en ambos sexos, con excepción de los trastornos en la alimentación que en la niñez se da solo en las niñas. También se advierte que la escuela en los rangos etáreos de 3 a 18 años constituye un aporte importante en la detección y derivación de casos.

Tabla Nro. 8: Rangos etáreos según patologías, sexo, detección y acción realizada.
Porcentaje de profesionales/agentes de servicios con SM.

Edad	Patologías	Sexo con mayor Frecuencia			Lugar donde se detecta			Acción	
		F	M	FyM	Es cuela	Centro Salud	Otros	Asistencia	Derivación
3-11 años Niñez	Lenguaje	0,0	0,0	100,0	33,3	66,7	0,0	66,7	33,3
	Conducta	25,0	0,0	75,0	50,0	50,0	0,0	75,0	25,0
	Aprendizaje	0,0	0,0	100,0	33,3	66,7	0,0	100,0	0,0
	Trastornos de la alimentación	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
12-18 años Adolescencia	Lenguaje	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0	25,0	75,0
	Conducta	16,7	33,3	50,0	16,7	83,3	0,0	50,0	50,0
	Aprendizaje	0,0	62,5	37,5	25,0	75,0	0,0	87,5	12,5
	Suicidio	70,0	0,0	30,0	0,0	100,0	0,0	60,0	40,0
	Trastornos de la alimentación	90,0	0,0	10,0	0,0	100,0	0,0	60,0	40,0
	Depresión	60,0	20,0	20,0	0,0	100,0	0,0	40,0	60,0
	Consumo de sustancias	0,0	58,3	41,7	8,3	91,7	0,0	16,7	83,3
	Alcoholismo	0,0	62,5	37,5	0,0	100,0	0,0	62,5	37,5
	Violencia doméstica	80,0	0,0	20,0	0,0	100,0	0,0	30,0	70,0
	Trastornos de ansiedad	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	50,0	50,0
19 años o más Juventud y adultez	Lenguaje	0,0	25,0	75,0	0,0	75,0	0,0	25,0	75,0
	Conducta	0,0	30,0	70,0	0,0	100,0	0,0	40,0	60,0
	Aprendizaje	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0	50,0	50,0
	Suicidio	25,0	6,3	68,8	0,0	100,0	0,0	37,5	62,5
	Trastornos de la alimentación	72,7	0,0	27,3	0,0	100,0	0,0	36,4	63,6
	Depresión	57,1	0,0	42,9	0,0	100,0	0,0	42,9	57,1
	Consumo de sustancias	0,0	42,9	57,1	0,0	100,0	0,0	21,4	78,6
	Alcoholismo	0,0	72,7	27,3	0,0	100,0	0,0	9,1	90,9
	Violencia doméstica	64,7	0,0	35,3	0,0	100,0	0,0	35,3	64,7
	Trastornos de ansiedad	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	64,3	35,7
	Trastornos mentales severos	8,3	16,7	66,7	0,0	91,7	0,0	25,0	75,0
	Trastornos de ansiedad	100,0	0,0	12,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Trastornos mentales severos	33,3	33,3	33,3	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	

Nota: Los porcentajes se calculan sobre un total de 21 profesionales/agentes encuestados, incluyendo a coordinadores

Centros sin salud mental

Coordinadores

Los centros de salud sin servicio de salud mental constituyen un total de 7 centros cuya mayoría están coordinados por Médicos (6 centros) y solo uno posee en ese cargo a un odontólogo. La mayoría son del sexo femenino, un solo centro tiene un coordinador de sexo masculino. En promedio la edad es de 43 años (DS=8,4).

En estos centros en total trabajan 149 personas, exceptuando los administrativos, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla Nro. 9: Profesionales en los centros SSM.

Profesiones	Total	Promedio por centro
Agentes sanitarios	49	7,0
Médicos	37	5,3
Enfermeros	23	3,3
Otro	18	2,6
Odontólogos	12	1,7
Trabajadores Sociales	4	0,6
Terapistas Ocupacionales	3	0,4
Psicopedagogos	3	0,4
Total	149	

Cuatro coordinadores admiten que poseen profesionales con formación en salud mental, el resto manifiesta que sus equipos técnicos no están formados para atender esa patología.

Si bien estos centros no poseen servicio de salud mental para la población, al recibir consultas sobre patologías asociadas trabajan la interconsulta mediante derivaciones en la totalidad de casos del centro. Se realizan consultas con otros centros de salud especialmente para el intercambio con especialistas o la realización de estudios.

La mayoría de los coordinadores (6 coordinadores) manifiesta que existe un trabajo interdisciplinario bajo la modalidad de reuniones, en la que se exponen los distintos casos que se presentan, y consideran que es necesario o muy necesario el aporte del servicio de salud mental en ese centro debido a las problemáticas que se tratan a diario. Además la mayoría admite que los pacientes que asisten no solo provienen del mismo barrio o zona de influencia sino también de barrios alejados.

Por otro lado, todos consideran que la intervención está orientada a la salud integral aunque a la vez, solo 3 admiten que reciben lineamientos sobre políticas de salud en general y de salud mental en particular.

Profesionales y/o agentes sanitarios

Se encuestaron un total de 21 profesionales/agentes sanitarios con mayoría de sexo femenino (81%) y con una edad promedio de 37 años (DS=9,6), distribuidos de la siguiente manera:

Tabla Nro. 10: Profesionales/agentes sanitarios encuestados

Profesionales/Agentes	Cantidad	%
Agentes sanitarios	12	57,1
Enfermera	2	9,5
Psicóloga	2	9,5
Ginecóloga	1	4,8
Médico	2	9,5
Terapista Ocupacional	1	4,8
Trabajadora Social	1	4,8
Total	21	100

Un 57,1% del total manifiesta no poseer formación en salud mental y dado que el centro no posee el servicio de salud mental, el 90,5% manifiesta que al detectar casos se derivan y un 9,5% asegura que se asisten y luego de esa asistencia se derivan prioritariamente al Hospital Vera Barros, tanto como al de la Madre y el Niño.

Dado que no se posee un área de salud mental, es necesario articular consultas con otros centros, así lo manifiesta el 85,7% de los profesionales.

El trabajo interdisciplinario dentro del centro, es reconocido por el 66,7% de los profesionales y reconocen la realización de reuniones donde se intercambian percepciones o conocimientos sobre la problemática de la comunidad. Los temas recurrentes relacionados a la salud mental son: adicciones, suicidios, problemas de aprendizaje, violencia, trastornos mentales, neurología, problemas en fonoaudiología, etc.

El 95,2% de los profesionales, afirman que generan espacios para intercambiar percepciones o conocimientos sobre las problemáticas de la comunidad, en las cuales las correspondientes a la salud mental están muy presentes.

Según lo manifestado por los profesionales/agentes, el tipo de intervención que se realiza en el centro con respecto a la salud integral de las personas, es fundamentalmente de prevención, promoción y Asistencia (95,2%, 90,4% y 57,1% respectivamente).

El 95,2% afirma que realizan acciones de prevención focalizadas u orientadas sobre salud integral.

La problemática de salud mental está presente en estos centros, y se detecta en las consultas, es por eso que la mayoría de los profesionales advierte la necesidad del aporte de esa área. Un 66,7% advierte que es *muy necesario* y un 33,3% *solo necesario*.

Al igual que los coordinadores, todos consideran que la intervención está orientada la salud integral y a la vez, solo un 38,1% afirman que reciben lineamientos sobre políticas

de salud en general y de salud mental en particular.

La población que asiste a estos centros, provienen del mismo barrio o de barrios cercanos (80,9%), aunque un 19,1% advierte la concurrencia de población de barrios más alejados.

En relación al trabajo que los profesionales pueden realizar en presencia de problemas sobre salud mental el 85,7% manifiesta que sólo derivan a los pacientes a otros servicios, y el resto (14,3%) que derivan y además acompañan y contienen.

Demanda

Para el análisis de las patologías asociadas a la salud mental y consultadas o detectadas dentro de los centros de salud, en principio se tomaron distintos rangos etáreos para luego determinar el porcentaje de profesionales/agentes que las detectaron o bien que fueron consultadas sobre las mismas.

La siguiente Tabla otorga una descripción de la presencia de la demanda según la edad de los individuos que asisten al centro y según lo manifestado por los encuestados.

Tabla Nro. 11: Porcentaje de profesionales/Ag. Según patologías demandadas y edad.

Patologías	3-11 Niñez	12-18 Adoles cencia	19 o más Juventud y Adultez	Total de Prof/Ag. encuestados
Lenguaje	57,1	7,1	10,7	28
Conducta	42,9	32,1	10,7	28
Aprendizaje	57,1	21,4	0,0	28
Autoagresión/Suicidio*	0,0	17,9	10,7	28
Trastornos de la alimentación	25,0	28,6	14,3	28
Depresión	0,0	10,7	25,0	28
Consumo de sustancias	0,0	46,4	50,0	28
Alcoholismo	0,0	71,4	67,9	28
Violencia doméstica	10,7	50,0	75,0	28
Trastornos de ansiedad	10,7	17,9	28,6	28
Trastornos mentales severos	10,7	0,0	10,7	28

Nota: Los porcentajes se calculan sobre un total de 28 profesionales/agentes encuestados, incluyendo a coordinadores. Los valores indican el porcentaje de profesionales/agentes que detectaron patologías de consulta o demanda dentro del centro al que pertenecen.

* En esta categoría se incluyen los actos individuales que tienen como fin lesionar su cuerpo, intentar quitar su vida y/o el suicidio de los sujetos.

En la tabla anterior cuando las patologías registran un 0,0% no indicaría una negativa a la atención sino que las mismas no se han presentado como consulta en los servicios.

Dentro del rango de edad de 3-11 años se presentan como mayores patologías

detectadas a los problemas de Lenguaje, Aprendizaje, Conducta y trastornos alimentarios. Las mismas fueron atendidas por más del 25% de los profesionales/agentes. También se presentan otras patologías como violencia doméstica, trastornos de ansiedad y mentales severos todas con un porcentaje del 10,7% (Ver Figura Nro.4).

En este rango etéreo se advierte mayor cantidad de patologías y mayores porcentajes de profesionales/agentes que las identifican en comparación a los centros con servicio de salud mental. Esto indicaría que los trastornos mentales severos que son derivados no llegarían a asistirse en los centros con servicio de salud.

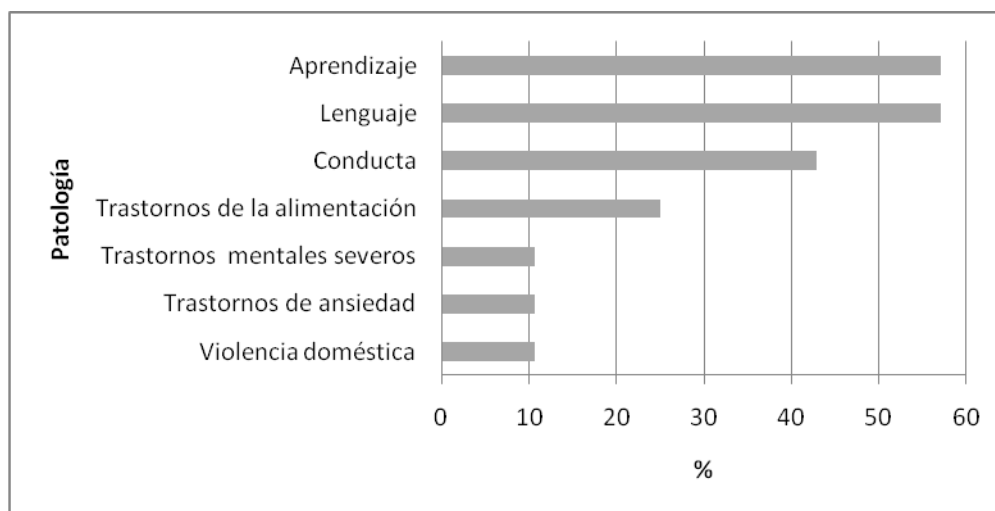


Figura Nro.4: Porcentaje de Profesionales/agentes según patologías demandadas. Edad 3-11 años.

En la adolescencia, rango de 12 a 18 años, se detectaron todas las patologías de análisis a excepción de los trastornos mentales severos. Asimismo se observa que éstas tienen un alto porcentaje de detección como el alcoholismo, la violencia doméstica y el consumo de sustancias, que alcanzan valores de 71%, 50% y 46,4% respectivamente. Los menores porcentajes se dan en el lenguaje y la autoagresión/suicidio con 7,1% y 10,75 respectivamente. (Ver Figura Nro.5)

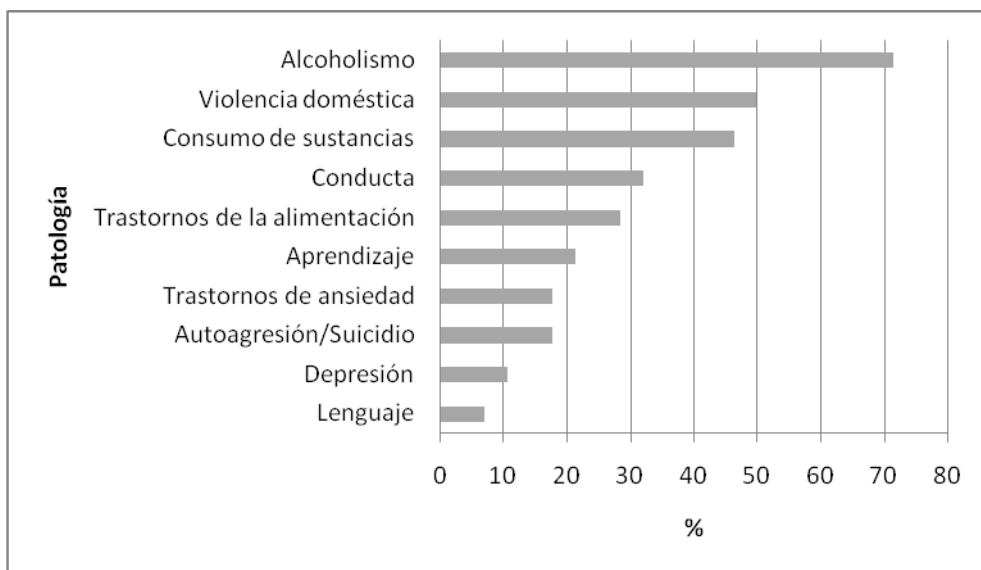


Figura Nro.5: Porcentaje de Profesionales/agentes según patologías demandadas. Edad 12-18 años.

La mitad o más de los profesionales encuestados indican que los individuos que asisten a estos centros y pertenecientes al rango de 19 años o más, realizan consultas o detectan en la consulta, violencia doméstica, alcoholismo y consumo de sustancias. Estas son las 3 patologías de mayor relevancia en la atención.

No obstante, están presentes los trastornos de ansiedad y la depresión según lo manifestado por más del 20% de los encuestados. (Ver Figura Nro.6)

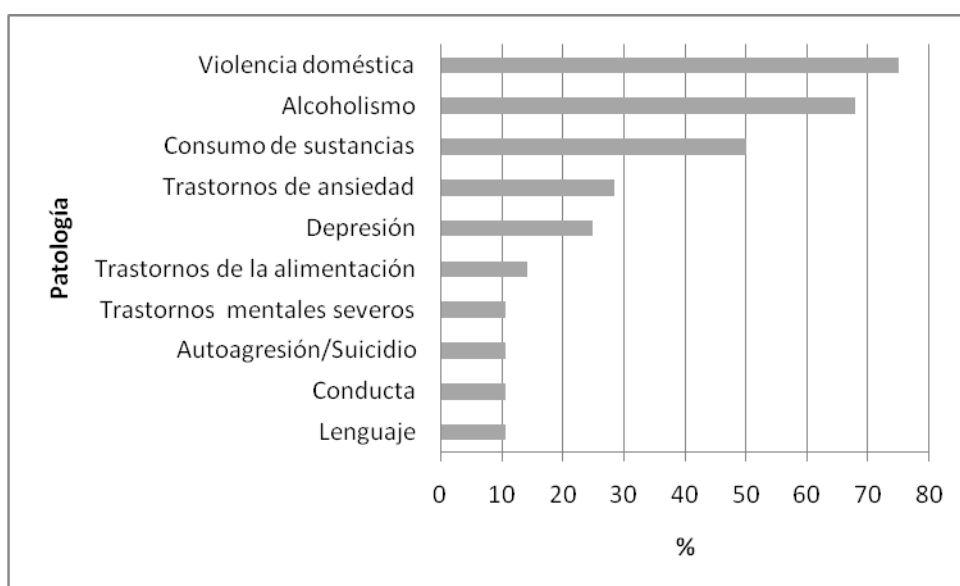


Figura Nro.6: Porcentaje de Profesionales/ag. Según patologías detectadas. Edad 19 años o más.

La Tabla Nro.12, señala que en los niños las patologías se presentan en ambos sexos y la escuela, en especial en la violencia doméstica, constituye un actor importante de

detección. A excepción de los problemas de aprendizaje y de los trastornos de alimentación, que son en parte asistidos, el resto de las patologías son derivadas en su totalidad.

En los adolescentes solo los problemas de aprendizaje pueden atenderse en el centro, las demás patologías que se presentan en ambos sexos, son derivados. La escuela también surge como detector de patologías.

En la juventud y adultez, el suicidio, los trastornos de alimentación y de ansiedad se observan solo en el sexo femenino y en algunas patologías los vecinos o familiares se constituyen en actores que favorecen la detección.

A excepción del consumo de sustancia y la violencia doméstica que son asistidos en el centro según un bajo porcentaje de profesionales, el resto es completamente derivado a otros servicios.

Tabla Nro. 12: Rangos etáreos según patologías, sexo, detección y acción realizada. Porcentaje de coordinadores y profesionales/agentes de servicios sin SM.

Edad	Patologías	Sexo con mayor Frecuencia			Lugar donde se detecta			Acción	
		F	M	FyM	Es cuela	Centro Salud	Otros	Asis tencia	Deri vación
3-11 años Niñez	Lenguaje	6,3	37,5	56,3	56,3	43,8	0,0	0,0	100,0
	Conducta	8,3	25,0	66,7	58,3	41,7	0,0	0,0	100,0
	Aprendizaje	18,8	6,3	75,0	50,0	50,0	0,0	56,3	43,8
	Trastornos de la alimentación	28,6	0,0	71,4	0,0	100,0	0,0	28,6	71,4
	Violencia doméstica	66,7	33,3	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0
	Trastornos de ansiedad	33,3	0,0	66,7	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Trastornos mentales severos	33,3	0,0	66,7	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
12-18 años Adolescencia	Lenguaje	0,0	0,0	100,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
	Conducta	11,1	11,1	77,8	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0
	Aprendizaje	16,7	16,7	66,7	16,7	83,3	0,0	50,0	50,0
	Suicidio	40,0	20,0	40,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Trastornos de la alimentación	75,0	0,0	25,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Depresión	66,7	0,0	33,3	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Consumo de sustancias	0,0	30,8	69,2	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Alcoholismo	0,0	45,0	55,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Violencia doméstica	35,7	21,4	42,9	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Trastornos de ansiedad	80,0	0,0	20,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	
19 años o más Juventud y adultez	Lenguaje	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Conducta	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Suicidio	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Trastornos de la alimentación	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Depresión	42,9	0,0	57,1	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Consumo de sustancias	21,4	21,4	57,1	0,0	92,9	7,1	0,0	100,0
	Alcoholismo	5,3	57,9	36,8	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Violencia doméstica	61,9	28,6	9,5	0,0	95,2	4,8	0,0	100,0
	Trastornos de ansiedad	100,0	0,0	12,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	Trastornos mentales severos	33,3	33,3	33,3	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0

Cantidad de Profesionales/agentes sanitarios zona Sur.

El análisis de la Tabla Nro. 13 permite visualizar la distribución del total de los recursos humanos de los centros públicos de salud de la Zona Sur de la Capital, existentes para atender a la demanda en salud mental.

Tabla Nro. 13: Cantidad y porcentajes de profesionales/agentes sanitarios

Profesión	Cantidad	Cantidad	%
Médicos	70	110	39
Enfermeros	40		
Otros	43	121	43
Odontólogo	14		
Agente Sanitario	64		
Psicólogo	10		
Psicopedagogo	12		
Trabajador Social	11		
Psiquiatra	7		
Terapista	8		
Fonoaudiólogo	1	49	18
Total	280	280	100

Sobre un total de 280 profesionales sólo un 18% (49) se le adjudica a profesionales del área de salud mental: Psicólogo, Psicopedagogo, Trabajador Social, Psiquiatra, Terapista Ocupacional, y Fonoaudiólogo. Un 39% (110) son médicos y enfermeros, aunque existen otros profesionales que atienden la salud de la población en centros tales como los Hospitales (no así en el área de salud mental ya que están incluidos). Por último un 38%, se relaciona a los agentes sanitarios y otras profesiones como Abogados, Lic. en Sistemas, Radiólogos, etc.

Discusión y conclusiones

El “Análisis de Situación de la Salud” y la “Vigilancia en Salud Pública” entre otras, son dos de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), explicitadas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación y planteadas como “esfuerzos sistemáticos por identificar necesidades de salud y organizar servicios sanitarios globales con base comunitaria”⁵⁷. Ambas funciones constituyen los ejes organizadores del sistema de salud en un país o región y abarcan el proceso de generación de la información necesaria para establecer una caracterización y jerarquización de problemáticas de salud de la población, establecer causas, factores de incidencia y recurrencias para, de esta manera, movilizar los recursos y dar respuesta a ellas.

La información estadística sobre la conformación, funcionamiento y principales demandas atendidas en Salud Mental, no estuvo disponible desde el comienzo de esta investigación, ya que las dependencias encargadas de tal tarea no contaban con el registro y sistematización de los datos sobre estos aspectos. Al ser solicitados los formularios C1 y C2, que contienen información relevante sobre estas cuestiones mencionadas, los consultados (personas que se desempeñan en la oficina de estadística del MS Provincial) aseguraron no conocer dichos instrumentos en algunos casos, y solo una persona mencionó haber escuchado de ellos pero que “estos formularios nunca se usaron, son imposibles de aplicar acá”.

Si bien la coordinación general de los CPS facilitó un listado de los centros de salud, éste no estaba actualizado. Además el análisis de la información existente, en algunos casos era incompleta o bien incorrecta, es decir, números de teléfono desactualizados o CPS que no figuraban en ese listado, entre otras situaciones detectadas. Lo mismo ocurrió frente a la solicitud de información estadística sobre la problemática de salud mental identificada y atendida en la comunidad. Un profesional asistió en varias oportunidades a requerir información y se constató que la misma no estaba sistematizada. Una fuente del ministerio, que sugirió no ser identificada, manifestó que “los ministros solo piden estadísticas de la atención de la salud como pediatría, entrega de leche, esas cosas.....salud mental no les interesa”, “aun así recién estamos cargando datos del 2012”.

En este contexto, se dificulta pensar en la implementación de la “Atención Primaria de Salud”, como asistencia esencial sanitaria puesta al alcance de todos: “llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas,

constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”⁵⁸. Ante el escaso conocimiento sobre los recursos disponibles y las demandas de la población en materia de salud mental, se hace difícil la distribución, potenciación, atención, prevención, organización y planificación de las acciones que permiten mejorar la calidad de vida de la población.

Precisamente por las desigualdades existentes en los países de la Región de las Américas, tanto la OMS como su oficina regional la OPS han redoblado sus esfuerzos estableciendo como principal objetivo el de alcanzar el mayor nivel de salud posible a través de maximizar la equidad y la solidaridad del sistema: dar respuesta a las necesidades de salud de la población⁵⁹. Esto solo será posible a partir del conocimiento sobre las principales problemáticas detectadas en salud mental y el apoyo en una eficiente información sobre los recursos humanos disponibles, es decir la sistematización de las demandas en materia de salud mental que se producen en la población.

En este sentido, con esta investigación se pretende generar conocimiento en áreas de las cuales poco se conoce, o de las que casi no existen indicadores actualizados que expliquen los fenómenos que se presentan. Es así que, mediante el análisis de la muestra seleccionada de 49 profesionales/agentes se permitió visualizar el estado de situación, el mapa de distribución, los recursos disponibles y la demanda en los servicios públicos de Salud Mental en la zona sur de la ciudad capital de La Rioja.

En relación a la conformación de la oferta de los servicios públicos de salud mental, y vinculado a este estado de situación, en el relevamiento realizado en los CPS se incluyó un ítem que permitiera estimar la cantidad de profesionales que los componen, situación que generó la división en 2 estratos: los que poseían y los que no poseían salud mental. Como ya fuera consignado y explicado en el apartado “Procedimiento de Recolección de Datos”, se trató de 8 CPS y los servicios dependientes del Hospital Regional Vera Barros y el Hospital de Clínicas de la UNLaR. Entre los 8 CPS solo uno poseía un equipo interdisciplinario de salud mental entre sus prestaciones (CPS Mis Montañas), mientras que el resto de los CPS contaban en algunos casos con uno o dos profesionales de la salud mental, y en otros ni siquiera contaba con profesionales del ámbito de la salud mental. El resto de los servicios encuestados forman parte de dependencias de ambos hospitales (Urgencias en Salud Mental, Neuropsiquiátrico, Adolescencia, Psicología Clínica y Salud Mental del Clínicas).

La equidad en el acceso a la salud es una de las premisas fundamentales de la estrategia Atención Primaria en Salud de la OMS. A partir de los valores considerados en la propuesta, permiten establecer prioridades nacionales para evaluar si los pactos responden o no a las necesidades y expectativas de la población⁶⁰. La concentración de prestaciones profesionales en los grandes centros de salud representa una desigualdad en el acceso a la atención en la salud y legitima las diferencias injustas, a la vez que no cumple con lo considerado en el Plan Nacional de Salud Mental cuyo modelo de atención está basado en las “buenas prácticas institucionales” definiéndolas como aquellas que evitan o mitigan “toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención”⁶¹.

Por otro lado también la OMS, a través de su Informe sobre la Salud en el Mundo, pone especial énfasis en la integración del componente salud mental a la Atención Primaria destacando ventajas como menor estigmatización de los pacientes, mejores tasas de detección temprana y tratamiento, entre otras. A nivel administrativo, se comparte la misma infraestructura, lo que permite hacer economía y aumentar la eficiencia; y ofrece además cobertura universal para la atención de salud mental, y el uso de recursos comunitarios que pueden compensar en parte la limitada disponibilidad de personal de salud mental⁶².

El análisis de la Tabla Nro. 13 establece que se poseen 49 profesionales del área de la salud mental, lo que constituye una cantidad muy escasa. Este último resultado que considera todos los recursos humanos disponibles en centros de salud pública en la zona sur, cobra mucha relevancia en relación a la población que demanda atención de la salud mental. No existen otros recursos de este tipo dentro del ámbito público, ya que se relevaron profesionales y agentes de todas las ofertas en vigencia al 2014.

En este mismo sentido es importante agregar que, según datos de la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, obtenidos en el censo 2010, la población de la ciudad Capital de La Rioja era de 180.219 habitantes⁶³, cuya tercera parte pertenece a la zona seleccionada para el estudio de la presente investigación, es decir 76.127 habitantes distribuidos en 79 barrios (Tabla Nro. 2).

La expansión demográfica de los últimos 10 años en esta porción de la ciudad le ha valido, la calificación de “ciudad nueva”, en referencia a la construcción de nuevos barrios y la necesidad de generar infraestructura para sostener su desarrollo.

De esta manera, si se extiende el análisis hacia la oferta de servicios públicos de salud mental en relación a los datos censales, la cantidad de centros de salud y los profesionales que los componen, deja al descubierto la inequidad en la relación oferta-demanda según la distribución geográfica de los CPS por un lado, y la dificultad para el acceso a la atención en el ámbito de la salud mental por falta de perfiles profesionales, por otro.

El Plan Nacional de Salud Mental le asigna a la equidad una especial relevancia en lo referente a la atención de personas en situación de vulnerabilidad, a partir del reconocimiento de la complejidad de los problemas que se presentan en este ámbito, y considera como uno de sus componentes estratégicos a las redes de servicios articuladas territorialmente. Para lograr esto es necesario descentralizar los recursos, que se encuentran concentrados en los hospitales, hacia la red de servicios con base comunitaria, es decir, redistribuir los recursos humanos en salud mental en función del reparto geográfico de la población y de las problemáticas que presenta la misma.

Para realizar la mencionada distribución, el Plan Nacional de Salud Mental prevé la promoción de la investigación epidemiológica en salud mental⁶⁴ y la constitución del sistema de vigilancia epidemiológica a través de la recolección y análisis de información que provenga del ámbito de la salud mental. De acuerdo a esto, se podría iniciar una planificación de recursos acorde a las necesidades de la comunidad, priorizando y fortaleciendo aquellos sectores más vulnerables o dando respuesta a las patologías más recurrentes. Ambos aspectos están también considerados en las FESP.

En relación a lo previsto por el Plan Nacional, en la ciudad de La Rioja podría inferirse la descentralización de la atención de salud mental en la zona sur pero como ya se señaló, con recursos insuficientes para la atención necesaria. En este sentido en el estrato de centros con servicio de salud mental solo se poseen 39 profesionales del área específica de salud mental, aproximadamente un 30% del total (Tabla Nro.3). Además en los centros sin servicio de salud mental,, se cuenta con 6 profesionales de esa área.

La formación en salud mental, a través de capacitaciones permanentes y la generación de espacios de discusión y concertación, son aspectos considerados según sus objetivos y problemas priorizados, tanto en el Informe sobre Salud en el Mundo, en la estrategia de APS y en el Plan Nacional de Salud Mental. Al ser consultados los encuestados sobre esta cuestión, en ambos Estratos hubo manifestaciones de necesidades de formación y capacitación.

En los centros con salud mental, los coordinadores en mayoría (5 de las 6 analizados) manifiestan que las áreas públicas de gobierno no se responsabilizan de la capacitación y el 27% de los profesionales no están formados en esa área. La mayoría considera necesaria la capacitación y sólo reconocen que las efectúan por iniciativa particular a excepción de los residentes. Por lo tanto, en estos centros se puede observar que el estado no promueve espacios de capacitación necesarios para la comprensión y el conocimiento del tipo de demanda existente en la población.

Además en los centros sin servicio de salud mental, esta situación es mucho más compleja ya que los profesionales no están formados para ello en su mayoría, posición que sostienen tanto los coordinadores como los profesionales/agentes.

Entre las recomendaciones consideradas en el Informe sobre Salud en el Mundo y en relación a lo especificado en los párrafos precedentes, destacamos la referida al desarrollo de los recursos humanos. Este informe, elaborado por la OMS, resalta la necesidad de incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental para que puedan ejercer una asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria, suministrando una oferta de servicios lo más amplia posible, instando a desempeñar un trabajo en equipo, de tipo interdisciplinario y brindar una asistencia completa que garantice la integración de los pacientes a la comunidad⁶⁵. En idéntica línea de análisis la estrategia de APS y el Plan Nacional de Salud Mental también resaltan la importancia de la formación y la capacitación como esenciales para el conocimiento sobre las problemáticas que se presentan en la sociedad y como recurso para planificar y optimizar acciones tendientes a restablecer la salud de los pacientes.

Respecto de la modalidad de abordaje, ambos estratos reconocieron la importancia de la prevención y la promoción, aunque no pudieron especificar las acciones realizadas. La estrategia de APS pone especial énfasis en la prevención y la promoción como herramienta que faculta a las comunidades y los individuos a ejercer un mayor control sobre su propia salud y la considera esencial para abordar los determinantes sociales de la misma. Estas estrategias están reconocidas además, en la Carta de Ottawa⁶⁶ y se vinculan con las FESP, estando operacionalizadas a través del Plan Nacional de Salud Mental que reconoce incluso la capacitación continua en servicio⁶⁷.

En cuanto al abordaje asistencial, el Estrato I indicó atender la totalidad de las consultas recibidas, mientras que el Estrato II señaló derivar la demanda como única acción, por falta de formación y de perfiles profesionales requeridos para las problemáticas

de la salud mental. Se señaló que las derivaciones se hacen a los hospitales monovalentes, quienes a su vez expresaron que muchas veces reciben consultas provenientes de barrios alejados, lo que genera así una situación que pone al usuario en posición de quedar como rehén del sistema, al deambular por distintos servicios en busca de respuestas a su problemática, generando efectos iatrogénicos.

Un sistema de salud basado en la APS debe orientar sus servicios hacia la calidad respondiendo a las necesidades de la población, anticipándose a ellas, asegurando la mejor intervención para sus problemas de salud y evitando generar cualquier daño⁶⁸. Lo antedicho deja al descubierto la ineficiencia y la inequidad en el acceso al sistema de salud, situación que se vincula además con una ausencia en la implementación de otras estrategias que pueden contribuir a una mejor calidad, como son la prevención y la promoción. No es suficiente identificarlas como acciones posibles, es necesario también conocer sus alcances y posibilidades como potenciadoras del sistema de salud. En ambos Estratos la mayoría de los consultados dijeron no recibir lineamientos en políticas referidas a la salud mental, excepto algunos que señalaron que en una ocasión se trabajaron los lineamientos y antecedentes que derivarían en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. En este mismo sentido es importante destacar que la provincia de La Rioja cuenta también con una Ley Provincial de Salud Mental, sancionada en 2011 e inspirada en los mismos principios que rigen a la vigente a nivel nacional, pero que al día de la fecha no se ha reglamentado⁶⁹.

Además ante la pregunta sobre si trabajan la atención a la salud física o a la salud integral de la población, la totalidad de los encuestados respondieron que trabajan la salud integral de los sujetos.

Al respecto, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a través de su documento “Información para Equipos de Salud”, da lineamientos sobre las características de la salud integral al reconocerla como posible a través del crecimiento óptimo de una persona desde su potencial biopsicosocial, mientras que a la atención integral en salud la considera tomando la interdisciplinariedad y la intersectorialidad como las posibilidades para ofrecer respuestas adecuadas a las exigencias de la salud integral⁷⁰. La naturaleza interrelacionada de ambos conceptos y la orientación hacia la comunidad dejan al descubierto la contradicción en las respuestas de ésta y otras opciones ofrecidas en la encuesta, ya que dicen atender la salud integral por un lado, pero al mismo tiempo reconocen derivar pacientes, como única acción posible ya que las problemáticas exceden

la formación de los profesionales y debido a la ausencia de lineamientos políticos que regulen la actividad en materia de salud mental.

Lo precedentemente analizado también se vincula con las respuestas obtenidas por los coordinadores de los CPS al ser consultados por acciones intersectoriales, quienes en algunos casos las identificaron como la aplicación de planes nacionales tales como el Plan Sumar. Otros respondieron que no las realizan y solo en dos casos mencionaron la vinculación que realizan con instituciones como la Dirección de Niñez y Adolescencia o el Poder Judicial.

Aun en estos casos no pudieron precisar la naturaleza exacta del tipo de intervención conjunta que realizan. Se puede inferir entonces, que la falta de capacitación y formación en el ámbito de la salud mental vinculada a la ausencia de lineamientos en este ámbito, más una ineficaz distribución de los recursos humanos no respaldada por un sistema de registro tanto de la demanda como de la oferta, genera una intervención fragmentada de los equipos de salud mental, ya sea que estos pertenezcan a los hospitales o a los CPS.

En forma conjunta al análisis precedente, no se registró la existencia de investigaciones realizadas por los equipos de salud mental a pesar que muchos de los encuestados reconocieron trabajar la interdisciplina e intercambiar percepciones o experiencias acerca de las problemáticas recurrentes en la población. Se infiere, entonces, un manejo de la información parcelado e incompleto ya que no se indaga más allá del intercambio ocasional, sin buscar causas, factores de incidencia, etc., para comprender los fenómenos que se abordan.

En la misma línea de análisis y en relación a la oferta de servicios públicos en salud mental, es necesario destacar la conformación y función del Equipo de Urgencias en Salud Mental dependiente del Hospital Regional Vera Barros con injerencia en toda la provincia de La Rioja. Se trata de un equipo compuesto por cuatro profesionales: una Trabajadora Social que coordina, dos Psicólogas y un Abogado que cumple funciones de asesoramiento solo a solicitud expresa, es decir, si la situación o el caso lo requieren. Cada uno de ellos se encuentran cumpliendo funciones en lugares distintos y las capacitaciones que reciben de Nación no las extienden hacia otras instituciones aun cuando su coordinadora expresa que trabajan la intersectorialidad.

Las problemáticas son detectadas solo por las psicólogas en la franja de edad desde los 19 años o más, siendo absorbidas por la red de los CPS. Curiosamente los CPS encuestados no registran un trabajo de este tipo con el mencionado equipo.

En la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones el Equipo de Urgencias en Salud Mental se encuentra incluido como parte de las acciones tendientes a fortalecer la salud mental de la población desde una perspectiva interdisciplinaria y con eje comunitario. Se parte de la consolidación de la estrategia APS desempeñando su tarea en barrios vulnerables orientados a la prevención, promoción y asistencia de la salud mental y cuyo fundamento central es la inclusión social de las personas y la protección de sus DDHH⁷¹.

Se registraron como observaciones dentro de la aplicación de la encuesta, testimonios que indican que este equipo presenta inconvenientes de vinculación con los CPS, la guardia del Hospital Regional y también con los residentes en salud mental que cumplen sus funciones solo en el Hospital Vera Barros, situación que pone en peligro las funciones y tareas previamente explicitadas.

La presencia de los Agentes Sanitarios, primer eslabón entre la comunidad y el centro, abre otra línea de análisis, ya que es el primer contacto de la población con el sistema de salud, constituyéndose en el nexo entre las necesidades existentes de la población y la oferta disponible para atender la demanda. Es la puerta de entrada al sistema de salud que, desde el enfoque de APS, sostiene su intervención desde la cobertura y el acceso universales eliminando todo tipo de barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización y de género⁷². Es así entonces que deben poseer una sólida formación en las cuestiones sociales y las problemáticas que se generan en la población para poder dar respuesta a estas situaciones, así como también contar con información para racionalizar la demanda en función de los recursos existentes.

Considerando los centros primarios con servicio de salud mental solo el de Mis Montañas cuenta con agentes sanitarios, ya que el resto de los servicios de este estrato forman parte de los hospitales y no cuentan con esta asistencia comunitaria. Por otro lado, los centros sin servicio de salud mental en su totalidad poseen agentes sanitarios, los que se sienten incapaces de promover a la comunidad la visita al centro de salud por problemas de salud mental, conscientes de que carecen de la posible atención.

Las situaciones complejas manifestadas por estos trabajadores de la salud, se relacionan con la falta de formación en salud en general y en salud mental en particular.

También, muchos de ellos consideran que no cuentan con información para abordar determinadas problemáticas tales como adicciones, violencia doméstica y embarazo precoz. Expresaron como una debilidad sentida, lo difícil que resulta la derivación de casos a servicios de salud mental. En algunos casos debido a la falta del perfil profesional requerido y en otros, como en el Hospital Regional, porque se sabe de la imposibilidad de otorgar turnos para atender las solicitudes que se suman debido a una demanda no atendida por los CPS.

Al igual que los profesionales, los Agentes Sanitarios reconocen acciones de prevención y promoción, aunque no las pudieron explicitar y puntualizar, más que la vinculación con médicos para derivar las consultas que detectan. Un aspecto importante a resaltar es que ampliaron la información solicitada y sostuvieron que la interdisciplina del centro no los incluye ya que no son invitados a participar de las reuniones de los equipos en los CPS.

El modo en que están contratados es un aspecto que influye negativamente, ya que muchos de ellos pertenecen a programas de becas o planes, ocasionando inestabilidad laboral. Es necesario resaltar que generar y sostener recursos humanos para dar respuesta a las necesidades de salud de la población forma parte de los valores y elementos considerados por OMS/OPS como parte de la estrategia Atención Primaria en Salud⁷³.

De acuerdo a lo antedicho es imprescindible que el trabajo entre ellos y los profesionales que conforman los CPS sea interdisciplinario y orientado hacia las necesidades de la población, privilegiando acciones de prevención y promoción, y favoreciendo procesos de participación comunitaria. Esto será posible solo a partir de un conocimiento preciso de la realidad de los sujetos hacia quienes se dirige la intervención, que ocurrirá si los sistemas de salud trabajan interrelacionados. La presente situación genera intervenciones parceladas y esfuerzos que no llegan a cubrir la demanda de los individuos y atentan directamente contra los principios de la APS a la vez que incumple con lo estipulado en el Plan Nacional de Salud Mental.

El análisis de la **demand**a para el rango etario 3-11 años (niñez) en los centros con servicio de salud mental, evidencia principalmente problemáticas en el lenguaje, el aprendizaje y la conducta, y en menor medida en trastornos de la alimentación (Tabla Nro. 7). Estos últimos representados por patologías identificadas como bulimia y anorexia, según especificaron los profesionales consultados. En los centros sin servicio de salud mental, mayor porcentaje de profesionales identifican también como principales

problemáticas, al lenguaje, aprendizaje y conducta, y con menor presencia, los trastornos de alimentación, que en este caso se asocia a la desnutrición o una desordenada alimentación. También surgen otras problemáticas como la violencia doméstica, los trastornos de ansiedad y los trastornos mentales severos cuya detección podría relacionarse quizás al trabajo de los agentes sanitarios (recordar esto último que posee menor participación en los centros con salud mental).

En la niñez en los centros de ambos estratos, se advierte un rol fundamental de la escuela detectando y acercando al sector de la salud aquello que se hace visible en el sistema educativo (Tablas Nro. 8 y 12), articulación que fue reconocida por los profesionales de los centros visitados. Sin embargo, esta acción intersectorial no fue reconocida como tal por los coordinadores de ninguno de los servicios con salud mental visitados.

Al respecto la OMS, a través de su estrategia APS reconoce la intersectorialidad en materia de salud como el trabajo con distintos sectores y actores con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. El principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo, educación, vivienda, medio ambiente, protección social, etc.⁷⁴.

En el rango etario 12-18 años (adolescencia) en los centros con servicios de salud mental se identifican las mismas patologías que en la niñez más otras problemáticas tales como: autoagresión/suicidio, depresión, consumo de sustancias, alcoholismo, violencia doméstica y trastornos de ansiedad. En estas últimas problemáticas es marcado el incremento de coordinadores que manifiestan esa demanda (Tabla Nro. 7).

Los porcentajes para estas problemáticas en los dos estratos son más o menos similares excepto para la patología alcoholismo donde el Estrato I (CSM 28,6%) evidencia un porcentaje mucho menor en comparación con el Estrato II (71,4%). Del mismo modo y en sentido inverso ocurre con la patología autoagresión/suicidio que el Estrato I (35,7%) posee casi el doble de reconocimiento en comparación con el Estrato II (17,9%).

En el rango etario 19 años o más (juventud y adultez) se evidencian las mismas patologías mencionadas para las edades anteriores más los trastornos mentales severos, manteniendo el Estrato I un porcentaje superior de demanda para casi todas ellas. Las razones de la diferencia pueden deberse a varios motivos. El principal podría estar relacionado a que justamente debido a las posibilidades de atención en salud mental de los

centros del Estrato I, reciben mayor cantidad de consultas espontáneas y derivaciones, al contar con profesionales preparados para detectar estas problemáticas. En el Estrato II el bajo reconocimiento de las patologías podría vincularse por un lado a la falta de capacitación del personal de salud en esos temas, y por otro lado podría vincularse al hecho de que la comunidad, al saber que no existen profesionales que puedan atender esas problemáticas no consulta sobre ellas. Lo precedente no exime la consideración de los condicionantes sociales presentes para las problemáticas mencionadas que exceden los alcances de la presente investigación. Se registraron testimonios que dan cuenta que la mayoría de las patologías señaladas por los profesionales como demanda en la juventud y adultez (consumo de sustancias y alcohol, violencia doméstica, entre otras), no forman parte de consultas directas que la comunidad realiza. Esto especialmente ocurre en los centros sin servicio de salud mental, ya que según coordinadores o agentes sanitarios es frecuente que algún individuo se acerque a consultar por otras razones: un accidente vial o doméstico, un resfrío o gripe, entre otras, y luego quienes están a cargo de la asistencia perciben el estado general de la persona o los signos evidentes (golpes o deterioro a causa del consumo de alcohol o sustancias) sin indagación alguna. Las razones esgrimidas se vinculan con la falta de formación para abordarlas, la ausencia de respaldo a sus intervenciones y con la posibilidad de que el consultante, al sentirse descubierto, no regrese.

Del mismo modo, para la problemática de la violencia doméstica, tanto coordinadores como profesionales y agentes sanitarios, manifestaron que los datos que poseen provienen de dichos de vecinos, y no de consultas realizadas por los directamente implicados.

El Informe sobre Salud en el Mundo, elaborado por la OMS, considera que la capacitación en la detección y tratamiento de trastornos mentales y conductuales hacia el personal de atención primaria y atención sanitaria general, es una medida importante de salud pública⁷⁵.

Para esto, destaca que es imprescindible establecer enlaces con el personal de salud mental, siendo vehiculizados a través de la integración de la salud mental con la atención primaria. El carácter interrelacionado de las presentes indicaciones sugiere una intersectorialidad e interdisciplinariedad que se apoyan en datos sobre la comunidad, aplicación de políticas sostenibles en el tiempo y distribución de recursos humanos en

función de las problemáticas detectadas⁷⁶. Los testimonios analizados en los párrafos precedentes dan cuenta de la ausencia de un trabajo de esta naturaleza.

La presencia en los tres rangos etéreos de demandas vinculadas con dificultades en el lenguaje y que son sistemáticamente derivadas, revela la desigualdad e inequidad entre la oferta y la demanda para atender a esta patología ya que solo el Hospital de Clínicas cuenta con un fonoaudiólogo que atiende a todas las edades.

En el análisis de los tratamientos que se ofrecen tanto en Hospitales como en CPS, para los que poseen salud mental, se registró como modalidad de abordaje la asistencia para los casos que reciben en consulta. Mientras que para el estrato que no posee profesionales formados en salud mental, principalmente realizan derivaciones a los Hospitales (Tabla Nro. 12) y en menor proporción a otros CPS (de la zona Sur u otras). Es importante destacar que como un acercamiento al abordaje desde la prevención y la promoción de la salud mental, el Hospital de Clínicas realiza mensualmente talleres para padres, solo destinado a los pacientes atendidos en el servicio de salud mental.

Como fuera explicado en párrafos anteriores, la prevención y la promoción como modalidades de abordaje fueron reconocidas por todos los encuestados, pero sin identificar tipo de acciones realizadas, esto significa que más allá de lo asistencial, no se realiza otra acción que no sea la derivación, sea esta por falta de perfil profesional para cubrir la demanda o por encontrarse los servicios sobrecargados de consultas. Esto último fue expresado fundamentalmente por los equipos de los Hospitales.

Respecto de la continuidad, abandono o interrupción en los tratamientos iniciados por los consultantes, en los CPS que poseen profesionales de la salud mental se registraron en igual proporción abandonos, interrupciones y continuidad. Los que abandonan lo hacen mayoritariamente por la lejanía con respecto al centro de salud, dificultándose su traslado, y en menor medida por razones de mejoría momentánea a la patología que presentan.

En los CPS que no poseen profesionales de la salud mental también se producen consultas de personas que no pertenecen al área de su influencia, es decir, que se trasladan desde otros barrios. Se observa entonces, también una dificultad para sostener los tratamientos en el tiempo por lo que implica trasladarse de un centro hacia otro, no solo por el gasto económico que conlleva sino además por el deficiente servicio de transporte público que funciona en la ciudad.

Uno de los elementos básicos de los sistemas de salud basados en APS lo constituyen la atención integral, integrada y continua. Con ellos, se garantiza la suficiencia

en la cartera de servicios disponibles para responder a las necesidades de salud de la población⁷⁷. La integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye prevención, atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad ya que exige coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, a través de diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción.

Así, la presente situación, desde el punto de vista de la APS representa una insatisfacción de las necesidades de salud, que no garantizan el sostenimiento en la atención de personas a lo largo del tiempo ya que, al estigma que acompaña el padecimiento de problemáticas vinculadas a la salud mental, y que representa para quien lo padece o su familia una carga negativa desde lo social, se agregan los inconvenientes de traslado y falta de profesionales que cubran estas necesidades en la población.

En el recorrido realizado por los servicios de salud, sean Hospitales o CPS, se observó también el estado general de los mismos. Si bien en todos los casos los edificios fueron construidos para la función que cumplen, no cuentan con mantenimiento y no observan la limpieza y orden necesarios para llevar adelante la atención de la salud. En todos los casos la cartelera expuesta son recomendaciones con horarios o requisitos sobre control de niño sano, charlas de odontología, control de diabetes, calendario de vacunación, requisitos para obtener la leche, condiciones para la libreta del ANSES, entre otras. Cabe aclarar que los horarios de atención disponibles a la vista de todos son únicamente los del personal médico y de enfermería. Esto ocurre tanto en CPS con salud mental como en aquellos que no la poseen.

Asimismo, no hay carteleras que incluyan en su texto los derechos de las personas con padecimiento mental, reglamentado en el Plan Nacional de Salud Mental⁷⁸. No se observaron carteles indicadores de acciones de prevención o promoción de la salud mental, así como tampoco datos (números de teléfono u otros centros de atención) a los que se pueda recurrir en caso de una emergencia o en caso de necesitarse por alguna consulta.

Del mismo modo, una fuente que prefirió no identificarse, del Ministerio de Salud Provincial, reveló que los últimos 10 años no se realizaron campañas de comunicación masiva y de participación popular tales como: materiales gráficos, diarios, revistas, afiches, volantes; materiales audiovisuales, cortos publicitarios en radio y televisión, insumos para redes sociales, cortos, medios o largometrajes. Tampoco se realizaron campañas de información y sensibilización sobre las personas con padecimientos mentales, la

estigmatización, los prejuicios y preconceptos, como parte de los actos de discriminación que conlleva la problemática en salud mental. Lo descripto corresponde a aspectos previstos y especificados en el Plan Nacional de Salud Mental⁷⁹.

El discurso político institucional en nuestro país, y también en la Provincia de La Rioja, sostiene para la salud mental el enfoque de derechos humanos, explicitado a través de la documentación oficial que los Ministerios de Salud Pública Nacional y Provincial han publicado, adhiriendo a los lineamientos que la OPS/OMS establecieron como posibles para atender en relación a las problemáticas en salud, y en salud mental en particular. Si bien advierten sobre las particularidades de cada país o región, que generan prácticas y modalidades de organización de acuerdo a las posibilidades y las características culturales y sociales en cada uno de ellos⁸⁰, es evidente para el análisis de la muestra de la presente investigación que no cumplen con lo planificado como acciones a implementar.

Abordar la problemática de la salud mental desde el enfoque de DDHH, supone implementar acciones que involucren los determinantes sociales y políticos de la misma poniendo énfasis en políticas globales, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y económicos de manera de alcanzar mejoras equitativas⁸¹. La legislación y operacionalización de acciones están vigentes y disponibles, pero no se las aplica en su totalidad. La falta de coordinación e intersectorialidad entre los servicios de salud y los distintos sectores públicos y privados deja en estado de desprotección a la población, atenta contra la equidad en materia de salud mental y no promueve la integración social necesaria para que sea el mismo individuo y su familia quienes tomen decisiones, como parte del estado de bienestar y el equilibrio biopsicosocial que supone la salud mental.

En el mismo orden de significatividad, es necesario destacar que para el presente trabajo y a modo de cierre de los datos recogidos en la muestra, estaba prevista una entrevista en profundidad con el responsable de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de La Rioja. Se tomó contacto en varias oportunidades con la mencionada Dirección, habiéndose recibido respuestas solo del personal administrativo de la misma, quienes en todo momento excusaban al director argumentando que estaba en reuniones, de viaje u ocupado. Se puso a disposición distintos horarios y días para realizar la entrevista, dejando incluso un teléfono particular de referencia para que la confirmaran. En el término de la duración de la fase de recogida de datos, realizada en el mes de noviembre de 2014, y

hasta el mes de marzo inclusive del presente año, hubo tres cambios de director de salud mental en la provincia y con ninguno de ellos fue posible realizar la entrevista.

La función de la Dirección de Salud Mental en la provincia, en sus fundamentos, está orientada a desarrollar un trabajo de articulación e intersectorialidad entre esta, los CPS, las organizaciones sociales, los ministerios y la comunidad. También tiene a su cargo la promoción y coordinación del trabajo en red, ordenadas según un criterio de riesgo, fortaleciendo las políticas públicas y desde el enfoque de DDHH.

Como se analizó en las páginas precedentes, los CPS y los hospitales no registran un trabajo de este tipo con la mencionada Dirección.

Otra fuente que perteneció al Ministerio de Salud provincial, que prefirió no ser identificada, reveló que el trabajo intersectorial entre la Dirección de Salud Mental de la Provincia y los CPS nunca pudo implementarse debido a que la misma tuvo y tiene inconvenientes para articular sus acciones con organismos públicos y privados dedicados a la atención de la salud mental, fundamentalmente por no estar clara la dependencia desde lo administrativo y desde lo funcional.

Un último aspecto importante a destacar es lo relacionado con la sanción de la Ley Provincial Nro. 9098/11⁸² que garantiza el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los DDHH de aquellos con padecimiento subjetivo. Como se explicitó en páginas precedentes, está inspirada en los principios de la Ley Nacional 26.657.

Esta normativa, que reconoce a la OMS y su oficina regional OPS, toma como antecedentes para su sanción a la Declaración de Caracas⁸³ los Principios de Brasilia⁸⁴, la Declaración de Madrid⁸⁵, el documento “Igualdad de oportunidades para personas con Discapacidad”⁸⁶ y los 10 principios básicos para la atención de la salud mental. La documentación enumerada fue tomada en calidad de orientadores para la planificación de políticas públicas en Salud Mental.

Al día de la fecha no se ha reglamentado aun, a pesar que en su artículo N° 50 se establece el plazo de 90 (noventa) días para hacerlo.

Del mismo modo el Artículo Nro. 11 especifica la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental, quien estará encargada de trabajar sobre las bases para la elaboración del Plan Provincial de Salud Mental, entre otras funciones⁸⁷.

En la actualidad las políticas y planes que se aplican en la provincia se derivan de pautas y proyectos nacionales sin tomar en consideración las particularidades sociales,

culturales, políticas y la estructura de funcionamiento existente en la provincia. Esta situación explica acabadamente las respuestas que se encontraron en la aplicación de la encuesta que fundamentalmente se orientaron a resaltar la falta de formación, la ausencia de información y la escasez de recursos humanos.

Las recomendaciones de la OMS/OPS para la organización de los sistemas de salud son muy claras y específicas: incluir todos los sectores, poner énfasis en la calidad, la equidad y la solidaridad, asegurar la sostenibilidad en el tiempo, en congruencia con las necesidades de la población propendiendo a la integración de la salud mental a la atención primaria⁸⁸. Esto se apoya en conocimientos sólidos y actualizados de la realidad sobre la que se interviene, que para cada región será distinta y particular, precisamente para potenciar la intervención que debe ser dar respuesta a los problemas de salud de toda la población.

Conclusiones

La presente investigación se propuso indagar acerca de la relación entre la oferta y la demanda en los servicios públicos de salud mental en la zona sur de la ciudad Capital de La Rioja, en el año 2013.

Considerando el marco teórico y los objetivos propuestos se han podido abordar distintos aspectos que dan cuenta del fenómeno estudiado, generando conocimiento acerca de una realidad que posee escasa información. Por lo tanto, puede considerarse que los objetivos planteados al inicio de la tarea han sido logrados. No obstante, dado que la ciudad Capital posee 4 zonas de intervención y solo se consideró la zona Sur, las conclusiones quedan limitadas para la misma. Sin embargo estos resultados constituyen un primer avance para el análisis de la problemática en la ciudad capital de la provincia de La Rioja.

Los resultados analizados en los apartados precedentes, revelaron una brecha significativa entre la oferta y demanda, sustentada por prácticas fragmentadas en el ámbito de la salud mental, registrándose situaciones que solo quedaron en el orden del enunciado de intenciones, que en algunos casos se acompañan con intentos de abordajes integrales, pero por las inconsistencias y contradicciones analizadas anteriormente, no llegan a cubrir las problemáticas que demanda la comunidad.

Se detectaron las siguientes situaciones que vinculan estrechamente a la oferta y la demanda en salud mental:

- ausencia de investigaciones que reflejen la naturaleza de los fenómenos que se abordan;
- desigualdad en la distribución de los centros de salud en relación a la cantidad de habitantes;
- conocimiento parcelado sobre las problemáticas que se generan en la población;
- diversidad de patologías demandadas para su atención en todos los rangos etáreos y en una amplia cobertura territorial;
- falta de formación profesional específica en salud mental y motivación necesarias para atender a las demandas que se presentan;
- escasez de profesionales formados en salud mental, integrados a la atención primaria;
- asistencia y derivación como prácticas excluyentes omitiendo otras posibles intervenciones;
- inestabilidad laboral;
- escasa vinculación intersectorial como herramienta para fortalecer el sistema de salud mental;
- existencia de leyes y normativas que se aplican irregularmente;
- falta de apoyo político e institucional a las acciones de asistencia, prevención y promoción en salud mental;
- acciones descontextualizadas que no consideran la realidad provincial ni las posibilidades que ofrece el sistema de salud.

Estas situaciones enumeradas tienen una interrelación tal, que la ausencia u omisión de alguna o varias de ellas generan intervenciones insuficientes, dejando a la población en estado de desprotección en materia de salud mental, tal como quedó reflejado en el apartado anterior.

La OMS recomienda con especial énfasis la vigilancia y el análisis de los datos sobre salud mental para poder decidir; esto significa que debería implementarse un sistema de información coherente, actualizado y coordinado, tanto intrínseco al sistema de salud, como con las organizaciones públicas y privadas con las que se vincula⁸⁹.

Asimismo, el enfoque de DDHH supone potenciar la cultura propia de cada región a partir de la extensión de sus acciones y el vínculo fluido con instituciones y la comunidad, basado en la perspectiva del respeto por la diversidad etaria, cultural y de género, desde el reconocimiento de la complejidad de los problemas y estrategias que supone la salud mental.

El compromiso respecto del abordaje de la salud mental no debería ser solo un conjunto de enunciados, leyes y reglamentaciones, ya que esto es solo el marco normativo que regula la actividad, e involucra un entramado complejo de vínculos institucionales que se pondrían en funcionamiento cuando todos los actores se comprometieran y contaran con los recursos necesarios para ese fin.

Sería conveniente plantear nuevas líneas de investigación que abordaran la percepción de la población atendida por los centros de salud analizados, como también proponer líneas de intervención comunitarias, en especial, generar acciones que fortalezcan la intersectorialidad, la prevención y la promoción en salud mental. Es decir todo lo que genere un acortamiento de la brecha que se plantea entre lo que se ofrece y se demanda en relación a las problemáticas observadas.

Esto será una realidad a partir de intervenciones sustentadas en conocimiento actualizado y con el trabajo de los actores involucrados que generen motivación suficiente y ofrezcan una atención de la salud mental que tenga por objetivo principal, dar respuesta a las necesidades de la población.

Referencias Bibliográficas

- 1) Shekar S., et al. “Evaluación de los Sistemas de Salud Mental”. En “Salud Mental y Comunidad”. Rodríguez J. 2009. Whashington. Paltex. 197-206.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental 2005(internet). Ginebra, 7 de octubre de 2005. (actualizado 2011; consultado septiembre 2014) Disponible en: <http://www.int/mentalhealth/evidence/atlas> (en inglés)
- 3) Shekar S., et al.“Evaluación de los Sistemas de Salud Mental”. En “Salud Mental y Comunidad”. Rodríguez J. 2009. Whashington. Paltex. 197-206.
- 4) Shekar S., et al. “Evaluación de los Sistemas de Salud Mental”. En “Salud Mental y Comunidad”. Rodríguez J. 2009. Whashington. Paltex. 197-206.
- 5) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Dirección General de Estadística y Sistemas de Información(internet) .La Rioja.(actualizado diciembre 2013; consultado septiembre 2014) Disponible en: <http://www.larioja.gov.ar/estadistica>
- 6) Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (internet). (actualizado enero 2014; consultado septiembre 2014). Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos.asp>
- 7) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Dirección General de Estadística y Sistemas de Información (internet). La Rioja. (actualizado diciembre 2013; consultado septiembre 2014).Disponible en: <http://www.larioja.gov.ar/estadistica>
- 8) Acuña C. y Chudnovsky M. “El Sistema de Salud en Argentina”. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Buenos Aires. 2002
- 9) Ministerio de Salud de la Nación. Funciones Esenciales de Salud Pública (internet). (actualizado 2012; consultado septiembre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/fesp/index.php/las-fesp/funciones-esenciales-desalud-publica>
- 10) Ruales J. “Provisión de Servicios de Salud” (internet). 2da edición. Organización Panamericana de la Salud. (actualizado octubre 2009; citado mayo 2017). Disponible en: www.paho.org/paho-usaid/.../events/...Provision_Servicios_Salud_OPS_J_Ruales.pps

- 11) Declaración de Alma-Ata (internet). (actualizado mayo 2013; consultado octubre 2014). Disponible en:
<http://www.almaata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- 12) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (internet). “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas”. Whashington. Julio 2007.(actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 13) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (internet). “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas”. Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 14) Organización de las Naciones Unidas. Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (internet). Nueva York, 6 al 8 de septiembre de 2000. (consultado septiembre 2014).Disponible en:
<http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>
- 15) Organización Panamericana de la Salud. 46° Consejo Directivo. Documento de Trabajo CD/14 (internet). (consultado septiembre 2014). Whashington, 26 al 30 de septiembre de 2005.
- 16) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 17) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata (internet).(actualizado mayo 2013; consultado octubre 2014) Disponible en:
<http://www.almaata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata/html>

- 18) Constitución de la Organización Mundial de la Salud (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014) .Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 19) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 20) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 21) Organización Panamericana de la Salud. “Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de salud. Hacia el Consenso en la región de las Américas” (internet). Whashington, 2014. (consultado octubre 2014)Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc=view&Itemid=270&gid=2744&lang= . Pág. 18.
- 22) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa
- 23) Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (internet). Canadá, 17 al 21 de noviembre de 1986. (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: http://who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés)
- 24) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington. Julio 2007. (actualizado febrero 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa

- 25) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf . Pág. 19
- 26) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf . Pág. 62
- 27) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf . Pág. 66
- 28) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado septiembre 2014).Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 67
- 29) The Defeat Depression: Psychiatry in the Public Arena(internet). (consultado octubre 2014).PuMed.gov.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih/pubmed/9167546>
- 30) Royal College of Psychiatrics. Psychiatrics Bulletin (internet). London,1998. (consultado octubre 2014). Disponible en: <http://pb.rcpsych.org/content/pbcrsych22/10/593.full.pdf>
- 31) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado septiembre 2014).Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 71
- 32) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 87
- 33) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado septiembre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 91

- 34) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014) .Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 98
- 35) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado septiembre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 106
- 36) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 108
- 37) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 111
- 38) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado octubre 2014).Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf. Pág. 114
- 39) Infoleg. Centro de Documentación e Información (internet). (actualizado 2009; consultado octubre 2014). Disponible en: infoleg.mecon.gov.ar/infolegIntranet/verNorma.do?id=175977
- 40) Infoleg. Centro de Documentación e Información (internet). (actualizado 2009; consultado octubre 2014).Disponible en: infoleg.mecon.gov.ar/infolegIntranet/verNorma.do?id=175977
- 41) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (internet).(actualizado 2012; consultado octubre 2014). Disponible en: <http://msal.gov.ar/saludmental/index.php/institucional/lineasdeaccion>
- 42) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 30

- 43) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet).(actualizado 2013; consultado octubre 2014). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 30
- 44) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 30
- 45) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 31
- 46) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet).(actualizado 2013; consultado octubre 2014). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 32
- 47) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 33
- 48) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 37
- 49) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado octubre 2014).Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 39
- 50) Organización Panamericana de la Salud. “Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana” (internet). (consultado marzo 2014). México DF,2004.
- 51) Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. “Estudio de Red Asistencial. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio” (internet). (consultado marzo 2014). Valparaíso, 2012.
- 52) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “Informe sobre Salud Mental en la República Dominicana” (internet). (consultado marzo 2014).República Dominicana, 2008.

- 53) Organización Mundial de la Salud. OMS/IESM.” Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental para la República Argentina”. Versión 2.1. Año 2009.
- 54) Gobierno de la Provincia de Córdoba. Dirección de Jurisdicción de Salud Mental. “Cuadernillo Red Prestacional” (internet). 1ra edición.2012. (actualizado julio 2012; citado mayo 2017). Disponible en: www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/salud_saludmental.pdf
- 55) Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Batista Lucio P. “Metodología de la Investigación”. Editorial Mac Graw Hill. México 2010. Cap 5, Pág. 78
- 56) Vieytes R. “Metodología de la Investigación Social”. Editorial MacGraw Hill. México, 2004. Cap. XI, Pág 391
- 57) Ministerio de Salud Pública de la Nación. FESP (internet). (actualizado 2012; consultado junio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/fesp/index.php/las-fesp/funciones-esenciales-de-salud-publica>
- 58) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado febrero 2012; consultado junio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág.17
- 59) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado febrero 2012; consultado junio 2015).Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 15.
- 60) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado febrero 2012; consultado junio 2015).Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 21
- 61) Ministerio de Salud Pública de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf> Pág. 29.

62) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado junio-julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 99

63) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Dirección General de Estadísticas y Sistemas de Información (internet). La Rioja. (actualizado diciembre 2013; consultado junio 2015). Disponible en: <http://www.larioja.gov.ar/estadistica>

64) Ministerio de Salud Pública de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). Art. 10.5.7. (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/infoequipos/pdf>

65) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 105-107.

66) Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (internet). Canadá, 17 al 21 de noviembre de 1986. (actualizado 2013; consultado junio 2015). Disponible en: http://who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés).

67) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). Arts 10.3.24 y 10.3.25. (actualizado 2013; consultado junio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/infoequipos/pdf>

68) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Washington, 2007. (Actualizado febrero 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa .Pág. 23

69) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Función Legislativa. Proyecto de Ley garantizando el Derecho a la Salud Mental en todo el territorio de la Provincia de La Rioja. Ley 9098/11 (internet). Sancionada el 06/10/2011. (actualizado julio 2013; consultado julio 2015). Disponible en: http://legislr.dyndns.org/consultas/amp_ley.php?var1=Ley&var2=9098&var3=2011

70) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. “Información para Equipos de Salud” (internet). (actualizado 2013; consultado julio

2015). Disponible en: <http://msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>

71) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (internet). (actualizado 2013 consultado julio 2015). Disponible en: <http://msal.gov.ar/saludmental/index.pho/institucional/lineasdeaccion>

72) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado 2012; consultado junio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 21

73) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Págs. 22-25

74) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 24

75) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 98-100

76) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/biststream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf Pág. 97-100

77) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 26

- 78) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). Arts 10.3.11. (Actualizado 2013; consultado junio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf>
- 79) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (internet). Arts 10.1.2 , 10.1.3 y 10.1.4. (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/infoequipos/pdf>
- 80) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado febrero 2012; consultado julio 2015). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 21
- 81) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” (internet). Whashington, 2007. (actualizado febrero 2012; consultado julio 2015).Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa Pág. 15
- 82) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Función Legislativa. Proyecto de Ley garantizando el derecho a la Salud Mental en todo el territorio de las Provincia de La Rioja (internet). Ley 9098/11. Sancionada el 06/10/2011. (actualizado julio 2013; consultado julio 2015).Disponible en: http://legislr.dyndns.org/consultas/amp_ley.php?var1=Ley&var2=9098&var3=2011
- 83) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas (internet). Caracas, Venezuela. 14 de Noviembre de 1990. (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: http://www.new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- 84) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Gobierno de la República Federativa de Brasil. “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” (internet). Brasilia, 7 al 9 de noviembre de 2005. (actualizado 2007; consultado julio 2015). Disponible en : http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf

85) Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Madrid: “Lograr que funcione: participación de la Sociedad Civil en la puesta en marcha de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (internet). Madrid, España. 27 al 30 de noviembre de 2007. (actualizado en 2010; consultado en julio 2015). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=628>

86) Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (85° sesión plenaria). “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (internet). 20 de diciembre de 1993. (actualizado 2013; consultado julio 2015). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>

87) Gobierno de la Provincia de La Rioja. Función Legislativa. Proyecto de Ley garantizando el Derecho a la Salud Mental en todo el territorio de la Provincia de La Rioja (internet). Ley 9098/11. Sancionada el 06/10/2011. (actualizado julio 2013; consultado julio 2015). Disponible en: http://legislr.dyndns.org/consultas/amp_ley.php?var1=Ley&var2=9098&var3=2011

88) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado en 2012 consultado en julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf

89) Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” (internet). (actualizado en 2012; consultado en julio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf

Anexos

I. 1 Coordinador SSM. Estrato II

SERVICIO DE SALUD:

1. Profesión del coordinador:

2. Edad: _____ Sexo Fem () Masc ()

3. ¿Cuántos profesionales de la salud trabajan en este CPS (NO ADMINISTRATIVOS)? _____

4. Mencione las especialidades/profesiones que prestan servicio en este centro

Médicos <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Enfermeros <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Fonoaudiólogo <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Psicólogo <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Odontólogo <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Terap. Ocupacional <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Trabajador Social <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Psiquiatra <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Psicopedagogo <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Agentes Sanitarios <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Otro..... <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Otro..... <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

5. ¿Algunos poseen formación en salud mental? Sí () ¿Cuántos? () No ()

5. a) Como se trabaja la interconsulta?

.....

.....

5. b) ¿Hay consultas con otros Servicios de salud? ¿En qué ocasiones? ¿Ante cuáles motivos?

.....

.....

6. ¿Existe un trabajo interdisciplinario? ¿De qué tipo? ¿Encuentros? ¿Reuniones?

.....

.....

.....

7. ¿Intercambian percepciones o conocimientos sobre las problemáticas de la comunidad?

Sí () No ()

8. Qué tipo de intervención realizan con la comunidad?

Asistencia () Prevención () Promoción ()

9. Considera necesario el aporte de SM en su servicio de salud?

No es Necesario

Poco necesario

Medianamente necesario

Necesario

Muy necesario

10. La intervención está orientada a

Preservar la salud física () Salud Integral ()

11. Reciben lineamientos sobre políticas en salud y en salud mental

Si () Cuales..... No ()

Respecto de la Demanda

Sabemos que este centro no tiene atención sobre salud mental, no obstante queremos hacer algunas preguntas para analizar si se advierte alguna demanda de la comunidad sobre esa patología.

Edad	Patologías	Sexo con mayor frecuencia		Profesional que lo detecta	Tipo de acción/Lugar donde deriva.
		F	M		
3-11 Niñez	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				
12-18 Adolescencia	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				
19 o más Juventud y Adultez	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				

12. ¿De dónde proviene la gente que consulta?

Del mismo Barrio Barrios cercanos Barrios alejados

13. ¿Cómo trabaja este centro primario los casos en que se detecta alguna problemática en salud mental?

Derivación () Contención () Acompañamiento () Interconsulta con CPS () Otro ()

I. 2 Profesional/Agente Sanitario SSM. Estrato II

SERVICIO DE SALUD:

Especialidad: _____ Edad: ____ Sexo Fem () Masc ()

1. ¿Posee formación en Salud Mental? Sí () No ()

1.a) ¿Como se trabaja la interconsulta si detectan casos que debería atender un SSM? ¿La derivan?

.....
.....

1.b) ¿Hay consultas con otros Servicios de salud?

.....
.....

2. ¿Existe un trabajo interdisciplinario donde se discute el tema de salud mental? ¿De qué tipo?
¿Encuentros? ¿Reuniones?

Si () Indique temas..... No ()

3. ¿Intercambian percepciones o conocimientos sobre las problemáticas de la comunidad?

Sí () No ()

4. ¿Qué tipo de intervención realizan con la comunidad?

Asistencia () Prevención () Promoción ()

5. ¿Considera necesario el aporte de SM en su servicio de salud?

No es Necesario

Poco necesario

Medianamente necesario

Necesario

Muy necesario

6. La intervención está orientada a

Preservar la salud física () Salud Integral ()

7. Reciben lineamientos sobre políticas en salud y en salud mental

Si () Cuales..... No ()

Respecto de la Demanda

Sabemos que este centro no tiene atención sobre salud mental, no obstante queremos hacer algunas preguntas para analizar si se advierte alguna demanda de la comunidad sobre esta patologías.

Edad	Patologías	Sexo con mayor frecuencia		Profesional que lo detecta	Tipo de acción/Lugar donde deriva.
		F	M		
3-11 Niñez	l) Habla				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Bulimia				
	q) Anorexia				
	r) Depresión				
	s) Consumo de sustancias				
	t) Alcoholismo				
	u) Violencia doméstica				
	v) Trastornos de ansiedad				
w) Otra.....					
12-18 Adolescencia	l) Habla				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Bulimia				
	q) Anorexia				
	r) Depresión				
	s) Consumo de sustancias				
	t) Alcoholismo				
	u) Violencia doméstica				
	v) Trastornos de ansiedad				
w) Otra.....					
19 o más Juventud y Adultez	l) Habla				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Bulimia				
	q) Anorexia				
	r) Depresión				
	s) Consumo de sustancias				
	t) Alcoholismo				
	u) Violencia doméstica				
	v) Trastornos de ansiedad				
w) Otra.....					

8. ¿De dónde proviene la gente que consulta?

Del mismo Barrio Barrios cercanos Barrios alejados

9. ¿Cómo trabaja este centro primario los casos en que se detecta alguna problemática en salud mental?

Derivación () Contención () Acompañamiento () Interconsulta con CPS () Otro ()

I. 3 Coordinador CCSM. Estrato I

A. OFERTA

SERVICIO DE SALUD:

1. Profesión del coordinador:

2. Edad: _____ Sexo Fem () Masc ()

3. ¿Cuántos profesionales de la salud trabajan en este CPS (NO ADMINISTRATIVOS)? _____

4. Mencione las especialidades/profesiones que prestan servicio en este centro

Médicos	<input type="text"/>	Odontólogo	<input type="text"/>	Psicopedagogo	<input type="text"/>
Enfermeros	<input type="text"/>	Terap. Ocupacional	<input type="text"/>	Agentes Sanitarios	<input type="text"/>
Fonoaudiólogo	<input type="text"/>	Trabajador Social	<input type="text"/>	Otro.....	<input type="text"/>
Psicólogo	<input type="text"/>	Psiquiatra	<input type="text"/>	Otro.....	<input type="text"/>

5. ¿Cuántos poseen formación en salud mental? _____

6. ¿Existen instancias de capacitación periódica?

Si () ¿A cargo de quién?..... No ()

7. ¿Existen necesidades de capacitación?

Si () ¿En qué temas? ¿Por qué razón? No ()

8. ¿El Ministerio/Universidad, garantizan la capacitación y la formación?

Si () ¿A cargo de quién?..... No ()

9. ¿Existe un trabajo interdisciplinario en el centro/Servicio?

Si () Indique temas tratados..... No ()

10. ¿Intercambian percepciones o conocimientos sobre la/las problemática/s de la comunidad?

Sí () No ()

11. ¿Qué tipo de intervención realizan con la comunidad?

Asistencia () Prevención () Promoción ()

12. ¿Qué tipo de patología o servicio es el que tiene de mayor demanda en salud mental?

.....
.....

13. Este Servicio de salud, ¿cuenta con espacio y elementos que permita atender de manera apropiada las consultas en Salud Mental? (espacio, horarios, materiales, etc.)

Sí () No ()

14. Este servicio de salud ¿trabaja la urgencia en salud mental?

Sí () No () acciones (derivación – contenciones – otras)

15. Considera necesario el aporte de SM en su servicio de salud?

- No es Necesario
- Poco necesario
- Medianamente necesario
- Necesario
- Muy necesario

16. La intervención está orientada a
 Preservar la salud física () Salud Integral ()

17. Reciben lineamientos sobre políticas en salud y en salud mental
 Si () Cuales..... No ()

B. DEMANDA/Atención

18. Cuantas consultas reciben al año para Salud Mental?

0-100		100-600		601-1000		Más del 1000	
-------	--	---------	--	----------	--	--------------	--

19. En este servicio, en que franja de edad se reciben más consultas para Salud Mental?	Edades	3-11 años	12-18 años	19 años o mas
	Consultas			
20. ¿Podría indicar qué sexo es más frecuente por franja de edad?	Sexo			

21. ¿Que especialidad o profesión en Salud Mental es la que más consultas recibe?

	Femeninos	Masculinos
3-11 (en niños)		
12-18 (En adolescentes)		
19 o más (En jóvenes y adultos)		

22. ¿Qué tipo de consultas o patologías recibe?

Edad	Patologías	Sexo con mayor frecuencia		Profesional que lo detecta	Tipo de acción/Lugar donde deriva.
		F	M		
3-11 Niñez	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				
12-18 Adolescencia	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				
19 o más Juventud y Adultez	a) Lenguaje				
	b) Conducta				
	c) Aprendizaje				
	d) Suicidio				
	e) Trastornos de la alimentación				
	f) Depresión				
	g) Consumo de sustancias				
	h) Alcoholismo				
	i) Violencia doméstica				
	j) Trastornos de ansiedad				
	k) Otra.....				

23. Las personas que consultan en salud mental consultan, lo hacen de manera Espontánea () Derivados de otros CPS ()

24. ¿Reciben consultas en salud mental que provienen derivadas de las escuelas? Sí () No ()

25. ¿Hay continuidad en el tratamiento? Sí () No () Indicar causas

26. ¿Lo interrumpen o lo abandonan?

Si () Indicar causas..... No ()

27. ¿Lo abandonan? Si () Indicar causas..... No ()

I. 4 Profesional CCSM. Estrato I

SERVICIO DE SALUD:

Especialidad: _____ Edad: ____ Sexo Fem ()
Masc ()

1. ¿Posee formación en Salud Mental? Sí () No ()
2. ¿Existen instancias de capacitación periódica?
Si () A cargo de quién? No ()
3. ¿Existen necesidades de capacitación?
Si () ¿En qué temas? ¿Por qué razón?..... No ()
4. ¿EL Ministerio/Universidad garantiza la capacitación y formación?
Si () A cargo de quién? No ()
5. ¿Existe un trabajo interdisciplinario en el centro/servicio?
Si () ¿Indique temas tratados No ()
Indique modalidad
6. ¿Intercambian percepciones o conocimientos sobre la las problemáticas de la comunidad?
Sí () No ()
7. ¿Qué tipo de intervención realizan con la comunidad?
Asistencia () Prevención () Promoción ()
8. ¿Qué tipo de patología o servicio es el que tiene de mayor demanda en salud mental?
.....
.....
9. ¿Este Servicio de salud, cuenta con espacio y elementos que permita atender de manera apropiada las consultas en Salud Mental? (espacio, horarios, materiales, etc.)
Sí () No ()
10. ¿Este servicio de salud trabaja la urgencia en salud mental?
Sí () No () (acciones – derivación – contención – otras)
11. ¿Considera necesario el aporte de SM en su servicio de salud?
No es Necesario
Poco necesario
Medianamente necesario
Necesario
Muy necesario
12. La intervención está orientada a
Preservar la salud física () Salud Integral ()
13. Reciben lineamientos sobre políticas en salud y en salud mental
Si () Cuales..... No ()

B. DEMANA/Atención

14. Cuantas consultas reciben al año para Salud Mental?

0-100		100-600		601-1000		Más del 1000	
-------	--	---------	--	----------	--	--------------	--

15. En este servicio, ¿en qué franja de edad se reciben más consultas para Salud Mental?	Edades	3-11 años	12-18 años	19 años o mas
	Consultas			
16. ¿Podría indicar qué sexo es más frecuente por franja de edad?	Sexo			

17. ¿Qué especialidad o profesión en Salud Mental es la que más consultas recibe?

	Femeninos	Masculinos
3-11 (en niños)		
12-18 (En adolescentes)		
19 o más (En jóvenes y adultos)		

18. ¿Qué tipo de consultas o patologías recibe?

Edad	Patologías	Sexo con mayor frecuencia		Profesional que lo detecta	Tipo de acción/Lugar donde deriva.
		F	M		
3-11 Niñez	l) Lenguaje				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Trastornos de la alimentación				
	q) Depresión				
	r) Consumo de sustancias				
	s) Alcoholismo				
	t) Violencia doméstica				
	u) Trastornos de ansiedad				
	v) Otra.....				
12-18 Adolescencia	l) Lenguaje				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Trastornos de la alimentación				
	q) Depresión				
	r) Consumo de sustancias				
	s) Alcoholismo				
	t) Violencia doméstica				
	u) Trastornos de ansiedad				
	v) Otra.....				
19 o más Juventud y Adultez	l) Lenguaje				
	m) Conducta				
	n) Aprendizaje				
	o) Suicidio				
	p) Trastornos de la alimentación				
	q) Depresión				
	r) Consumo de sustancias				
	s) Alcoholismo				
	t) Violencia doméstica				
	u) Trastornos de ansiedad				
	v) Otra.....				

19. Las personas que solicitan atención en salud mental lo hacen de manera
Espontánea () Derivados de otros CPS ()

20. ¿Reciben consultas en salud mental que provienen derivadas de las escuelas?
Sí () No ()

21. ¿Hay continuidad en el tratamiento?
Sí () No () Indicar causas

22. ¿Lo interrumpen
Sí () Indicar causas No ()

23. ¿Lo abandonan? Sí () Indicar causas No ()

Entrevista al responsable de la Dirección Provincial de Salud Mental de la Provincia de La Rioja

- Estructura de la Dirección Provincial.
 - Funciones y Alcance Territorial.
 - Funciones del Director/a.
 - Intersectorialidad.
 - Acciones de Prevención y Promoción.
 - Datos estadísticos de las principales problemáticas en Salud Mental detectados en la Provincia.
 - Canalización de consultas en Salud Mental no resueltas.
 - Espacios de concertación.
 - Espacios de capacitación.
 - Vínculo con los CPS, trabajo en red.
 - Políticas de fortalecimiento en Salud Mental, acciones proyectadas a futuro.
 - Recursos Humanos en Salud Mental. Cantidad, calidad, distribución territorial.
-