



Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina

Débora Yanco

Lic. en Psicología UBA. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Profesora Titular y Directora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. UNLa. Consultora de recursos humanos en salud de la OPS/OMS Argentina.

Sandra Gerlero

Psicóloga Universidad Nacional de Rosario UNR. Magister en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos. Magister en Salud Pública. UNR. Investigadora y Docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” y de la Facultad de Psicología. UNR.

Ana Cecilia Augsburger

Psicóloga. UNR. Magister en Salud Pública. UNR. Investigadora y Docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” y de la Facultad de Psicología. UNR.

María Paula Duarte

Médica. Universidad Nacional del Nordeste. Especialista en Epidemiología. Ministerio de Salud de Entre Ríos.

Raúl Ángel Gómez

Psicólogo. Profesor Adjunto. Docente-Investigador. Programa de Formación en Drogodependencia y Adicciones. Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Resumen

Argentina viene generando en los últimos años, un enfoque más integral de las políticas y acciones sanitarias, en un contexto de reforma de los servicios y cuidados en salud mental. Promueve y fortalece la incorporación de la salud mental en el ámbito comunitario. Esta investigación estudió las modalidades de organización de las respuestas sanitarias frente a los problemas de sufrimiento psíquico en cuatro ciudades de la Región Centro del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario. Se buscó identificar las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de la atención primaria, así como indagar los obstáculos que dificultan la implementación de cuidados más integrales. El artículo analiza la accesibilidad y presenta los resultados desagregados en tres dimensiones. El acogimiento y receptividad de las problemáticas de salud mental y los vínculos que establecen los equipos de salud y la población. La integralidad e integración de las intervenciones en salud mental. La continuidad de los procesos de cuidado que atañen a las problemáticas de la subjetividad humana y su coordinación en la red de atención primaria.

Palabras clave

Salud Mental – Atención Primaria – Accesibilidad – Integralidad

Abstract

Argentina has generated in recent years, a more holistic approach to health policies and actions in a reform context of services and care mental health. It promotes and strengthens the integration of mental health at the community level. This research studied organizational aspects to health responses to the problems of physical distress in four cities in the central region of the country: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná and Rosario. The research sought to identify the modalities of integration of mental health care in primary care strategy and explore the barriers to implementing more integral care. This article analyzes access and presents results disaggregated into three dimensions. It examines the placement and responsiveness of mental health issues and the links established between the health care teams and population. Also, it analyzes the integrality and integration of mental health interventions. Finally, it analyzes the continuity of care processes regarding issues of human subjectivity and its coordination in the primary care network.

Key words

Mental Health – Primary Care – Accessibility – Integrity

Introducción

En la actualidad se incentiva el enfoque que considera favorable que el abordaje de las problemáticas de salud mental de la población se realice de manera articulada con el de las restantes prácticas de salud (Galende, 2008; Ministerio de Saúde do Brasil, 2011). Una de las múltiples razones para sostener esta conceptualización es la convicción de que las dimensiones psicosocial, y de la salud mental, son dos componentes relevantes del concepto de salud. Por ello, se sostiene que no hay salud sin *salud mental*, y, por lo tanto, no hay *salud mental* si no es en el contexto de las restantes prácticas de la salud (Prince, 2007). Ahora bien, en la trastienda de estas premisas, -que parecen puros juegos de palabras-, se han reflejado en las últimas décadas, intensos debates entre expertos en el marco del análisis de las políticas elaboradas para transformar los modelos de atención en este campo (Rodríguez, 2010). Uno de ellos plantea la necesidad de reflexionar acerca de cuál es la relación que es necesario establecer entre la propuesta de la salud mental comunitaria y la de la atención primaria de la salud.

Los caminos que los sistemas de salud han ido gestando para alcanzar estos propósitos son diversos. La historia que ha atravesado la Atención Primaria desde su formulación en 1978 hasta la actualidad ha podido atestiguarlo, sobre todo si se visualizan las distintas formas de desarrollo en las que ha sido conceptualizada: selectiva o focalizada, puerta de entrada, enfoque de derechos humanos, y atención integral (Escorel, Giovanella et. al., 2007).

Mario Rovere (2006), al analizar la vigencia del concepto de Atención Primaria de la Salud señala que se han tenido discusiones estériles al respecto, las que distraen de los debates más profundos que vinculan a la salud pública con la lógica de mercado. Expresa asimismo, que las distintas significaciones han sido finalmente complementarias en la práctica (estrategias, nivel de atención, programas o puerta de acceso).

¿Puede decirse entonces, que, a pesar de ser la Atención Primaria de la Salud un concepto polémico, hasta el momento no ha habido otro que se instalará con la misma potencia y comprensión?

El abordaje de los problemas de salud mental en la actual perspectiva de la atención integral de la salud, requiere reenfocar la mirada para desarrollar políticas ya no solo desde las ofertas existentes de atención, sino para reorientar las acciones en salud desde las necesidades poblacionales y los cambios de escenarios psicosociales y epidemiológicos. Sin duda, es-

tas son las innovaciones más difíciles de alcanzar debido que ponen en cuestión los modelos de atención, las praxis sociales y culturales y los paradigmas de formación y actuación profesionales. Es éste un desafío vigente y necesario en todo el abanico de la salud y tiene un peso fundamental en los propósitos actuales de transformación de las prácticas en el campo de la salud mental.

Las discusiones en estas décadas respecto a la significación del concepto de Atención Primaria de la Salud también han estado presentes en relación a la salud mental. Se ha planteado hasta qué punto se mantiene como orientador de los cambios hacia modelos de base comunitaria o, en qué medida las prácticas que se asocian a este término siguen identificadas solo con una porción de los sistemas de atención (centros de salud y espacios de atención comunitaria) y, por lo tanto, su significado ha quedado allí clausurado debido a la fragmentación imperante en los modelos de cuidado, hecho que colisiona contra la construcción de redes integrales para el abordaje en salud.

En la Argentina, es posible observar las dificultades existentes para superar la lógica de los niveles de complejidad tradicionales en la medida en que el tercer nivel (el hospital especializado en salud mental) suele tener un peso desmesurado en relación a las posibilidades de los niveles comunitarios. Los abordajes integrales en estos niveles, articulados con los recursos locales, potencializan el accionar en el campo de la salud mental.

Si desde variados ámbitos académicos y de políticas públicas se sigue considerando a la atención primaria como la estrategia más conveniente, la misma debe poder pasar la prueba de dar cuenta y aportar capacidad resolutoria a las distintas problemáticas en salud, donde una parte importante de ellas se relaciona con la salud mental. En este sentido, la investigación acerca de la manera en que se incluyen los abordajes en salud mental en los sistemas de salud resulta relevante porque posibilita brindar conocimientos para encaminar las prácticas hacia una atención integral.

En el contexto de los procesos de descentralización de la atención en salud mental, entonces, es significativa la identificación del rol que les cabe a los centros de salud (CAPS/CESACs). Su capacidad de trabajo en red para posibilitar el alojamiento y abordaje comunitario de algunas problemáticas prevalentes como las urgencias subjetivas, la implementación de los procesos de rehabilitación psicosocial, los tratamientos de los trastornos mentales severos entre otros, puede colaborar sensiblemente a la mejoría de la integralidad de la atención y a la construcción de tramas de servicios que generen cada vez mayor acogimiento y resolutoriedad (Amarante, 2009).

Estos argumentos han abonado a la decisión de investigar los cuidados en salud mental desde una pers-

pectiva territorial, focalizando en los centros de salud, o como son denominados en distintas jurisdicciones: Centros de Atención Primaria o Centros de Salud y Acción Comunitaria.

El estudio es producto de un trabajo colectivo en el que ha participado un grupo de profesionales e investigadores con pertenencia a distintas organizaciones académicas y del ámbito de la salud pública que permitieron con su apoyo y colaboración la concreción de este proceso investigativo⁽¹⁾. A su vez, es continuidad de otro -también multicéntrico-, el que, en su momento, estuvo abocado al análisis de las políticas, los planes y los programas de salud mental en diferentes jurisdicciones del país (5 provincias y Ciudad de Buenos Aires)⁽²⁾, y cuyos resultados dejaron abiertas hipótesis para avanzar con esta segunda investigación multicéntrica que ha tomado por núcleo las condiciones y características que presentan los centros de atención primaria para la accesibilidad a la atención en salud mental, como uno de los ejes necesarios de indagación de los procesos de transformación del sector. En un artículo previo "Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina" (Gerlero, Augsburger, Yanco, Duarte, & Gómez, 2011), se ha descrito la metodología general y parte de los resultados de este estudio, fundamentalmente los correspondientes a los niveles jurisdiccionales y políticos de las dimensiones indagadas.

En el presente texto se analizan los datos vinculados a las modalidades de cuidado en salud mental en centros de salud desde la perspectiva de los referentes de estas instituciones. Se estudiaron 120 centros de salud que llevan a cabo intervenciones en salud mental y se realizaron entrevistas individuales y grupales con trabajadores de los equipos de salud y gestores. Además, se aplicó un cuestionario institucional elaborado ad hoc por este equipo de investigación, puesto que si bien se han analizado referencias de instrumentos ya validados (Almeida & Macinko, 2006) y se consideraron variados insumos de los mismos, se tomó la decisión de construir un instrumento contextualizado a la realidad de los sistemas sanitarios del país.

En el marco de un contexto de reforma de los servicios y cuidados en salud mental, Argentina viene generando en los últimos años, un enfoque más integral de las políticas y acciones sanitarias, promoviendo y fortaleciendo la incorporación de la salud mental en el ámbito comunitario, hecho que se observa con niveles de avances diferenciales entre sus jurisdicciones.

Esta directriz política, puede ser visualizada a partir de la implementación de algunos aspectos claves, entre los que pueden ser destacados los dos siguientes:

El primero es la expansión de los servicios de salud en el ámbito comunitario y la distribución territo-

rial de los mismos, de manera de garantizar cuidados descentrados de la institución hospitalaria, en especial de la institución monovalente en el caso de la salud mental.

En tal sentido, el establecimiento de servicios de base comunitaria es nodal para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, económica y social de las personas con padecimientos mentales, aun teniendo en cuenta que existen brechas amplias de acceso y obtención de prestaciones continuadas de salud mental, y que la situación es heterogénea a lo largo del país.

El otro aspecto considerado clave como lineamiento rector de una política de salud mental es la búsqueda de garantía efectiva del derecho a la salud en condiciones dignas, equitativas y humanizadas. Y en esa dirección, no puede dejar de mencionarse la sanción de la Ley N° 26.657 de Salud Mental que representa una contribución insoslayable para afianzar este proceso de transformación iniciado. La normativa y su contenido, es clara en el énfasis colocado en priorizar las acciones y los servicios de carácter ambulatorio con enfoque comunitario para ampliar de manera inclusiva los cuidados en salud mental (Blanck, 2011).

La necesidad de descentralizar la atención y de buscar la continuidad de cuidados y la integralidad de las prácticas en salud mental hace que los centros de atención primaria, con sus distintas modalidades y sus variantes, se transformen en uno de los focos privilegiados de indagación. Además en un país federal como el nuestro, esto adquiere aún más complejidad debido a las diferencias y desigualdades que pueden encontrarse entre las distintas jurisdicciones y aun al interior de las mismas. Es en esta dirección que esta investigación se ha abocado a estudiar las modalidades de organización de las respuestas sanitarias frente a los problemas de salud mental en cuatro ciudades de la Región Centro del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario; buscando identificar las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de la atención primaria, así como indagar los obstáculos que dificultan la implementación de cuidados más integrales.

Existe consenso en considerar que la *accesibilidad* puede ser comprendida como la capacidad de obtención de cuidados de salud mental cuando es necesario y que la misma sea de modo conveniente y fácil (Solla, 2005; Takemoto & Silva, 2007). Y aun reconociendo que este concepto ha sido entendido desde distintas perspectivas y enfoques analíticos -desde la oferta como así también desde la relación entre servicios y población- (Comes et. al., 2006), en su conjunto se reconoce que la accesibilidad se organiza en torno a la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales, culturales y simbólicas.

En este caso, sin desestimar las múltiples perspectivas del concepto, interesó centrarse en aquellos ele-

mentos que desde las organizaciones de salud pudieran ser indicativos para problematizar las condiciones de accesibilidad. De manera que se delimitaron como analizadores de la temática de la accesibilidad a los cuidados de salud mental, las siguientes dimensiones:

- El acogimiento y receptividad de las problemáticas de salud mental y las modalidades de los vínculos entre el equipo de salud y la población
- La integralidad e integración de las intervenciones de salud mental en la organización de la red
- La continuidad de los procesos de cuidado que atañen a las problemáticas de la subjetividad humana y su coordinación en la red de atención

Los conceptos de accesibilidad y acogimiento se hallan íntimamente relacionados si se entiende que, en particular para la problemáticas del campo de la salud mental, la facilitación del contacto inicial, la acogida y receptividad que se brinda a las personas según los diversos requerimientos, comprometen la adecuada organización de los servicios de salud y la calidad de la asistencia que se brinda.

El acogimiento puede comprenderse simultáneamente como un principio rector de las políticas y, a la vez como una estrategia de acción, de manera que la articulación de ambas perspectivas busca traducirse en la efectiva garantía del derecho al acceso a los servicios a través de relaciones humanizadas en el desempeño cotidiano de las instituciones (Takemoto & Silva, 2007). Representa una intencionalidad de acciones, conformada por una secuencia de prácticas y modalidades organizativas que viabilizan el vínculo entre la población y los equipos de salud bajo principios de la universalidad y equidad en el acceso a los cuidados de salud.

Las dimensiones de admisión y primer contacto entre la población y los servicios de salud, al comprometer la organización de las instituciones, permiten evaluar la capacidad de dar cabida a las necesidades diferenciales de los grupos y de las personas, así como ponderar la implicación mutua que se establece para el cuidado y la promoción de la salud.

Casi la totalidad de las unidades estudiadas refieren un área programática y geográfica definida como ámbito de su incumbencia y responsabilidad sanitaria, pero los criterios de delimitación de los territorios no son idénticos para cada ciudad, primando criterios administrativos por sobre discernimientos poblacionales.

Si bien la disponibilidad geográfica constituye un primer elemento para valorar la equidad de las acciones sanitarias, una mayor profundización requeriría contrastar su distribución con base a un denominador poblacional y contemplando las necesidades de salud heterogéneas de los grupos sociales. Dado que un dato relevante es que, a pesar que se identifican profundas desigualdades en las condiciones de vida de la pobla-

ción y se delimitan grupos poblacionales con mayores desventajas, solo una parte menor de los centros de salud (un tercio) dispone de información sociodemográfica y epidemiológica para la definición y priorización de sus intervenciones.

De manera que la producción de información sanitaria y epidemiológica mostró una deuda pendiente en las organizaciones sanitarias con enfoque en atención primaria, a excepción de la situación de la Ciudad de Buenos Aires que sostiene, desde el año 2005, el Sistema de Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria –SICESAC–.

Los déficits hallados en la obtención de información impiden cuantificar y cualificar las consultas de salud mental realizadas en los centros de atención primaria. La información sobre quiénes son, cuántos son y por qué concurren a solicitar ayuda las personas con problemas subjetivos, no puede ser capitalizada ni en el espacio local ni en un nivel de agregación de los municipios.

El proceso de adscripción que busca favorecer el primer contacto y el vínculo entre los equipos y la población al asignar grupos poblacionales y/o de usuarios de acuerdo al tipo de conformación de los equipos de trabajo o profesionales específicos, solo se halló institucionalizado como dispositivo organizacional en Rosario; y permite resignificar las modalidades tradicionales centradas en la atención de la demanda para el funcionamiento de los servicios pertenecientes al primer nivel de atención. Cabe aclarar que en esta ciudad esta herramienta viene siendo planteada como una directriz a la hora de buscar transformaciones en los modelos de atención para garantizar una cobertura más ajustada a las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales.

Conforme al principio de universalidad como eje rector de las políticas públicas sanitarias, y considerando a los centros de salud como el primer contacto de los usuarios con los servicios de salud, se indagó la existencia de mecanismos de selectividad poblacional en el acceso a estas organizaciones sanitarias. En las respuestas obtenidas no se exponen límites de acceso respecto a la conformación de grupos poblacionales particulares en el conjunto de las localidades, excepto en dos instituciones que no atienden a población infantil (Córdoba).

Otras situaciones, se vinculan con criterios de discriminación positiva que adoptan los equipos de salud, en la medida en que se priorizan la asistencia a condiciones de vulnerabilidad socio-económica de dichos grupos poblacionales, así como a usuarios residentes en las áreas geográficas vecinas a los centros de atención.

Resultó pertinente estimar si los efectores de salud indagados representan la primera opción de prestación de cuidados en salud mental para la población de

cada área territorial, y se obtuvieron respuestas afirmativas en casi la totalidad de los establecimientos de salud (91,6 %).

En las modalidades organizativas del acceso a los cuidados de salud mental, si bien el análisis de la adecuación entre los recursos disponibles y los requerimientos de atención presenta situaciones disímiles es importante señalar algunos de los aspectos más coincidentes. En tal sentido, el lapso transcurrido desde la solicitud de asistencia para los problemas de salud mental fue contemplado como un parámetro de accesibilidad en atención primaria. En el conjunto de los 120 centros, los usuarios que solicitaron cuidados debieron esperar entre una semana y 15 días para obtener un turno; denotando condiciones relativamente adecuadas para el acceso a un turno de atención. Sin embargo, información elaborada en el estudio multicéntrico realizado con anterioridad, permitió concluir que en las áreas hospitalarias esta espera es mucho mayor para algunas jurisdicciones, sobre todo Ciudad de Buenos Aires.

Aunque la mayoría de las instituciones que pertenecen al primer nivel de atención no poseen cobertura de 24hs. para recepcionar las consultas, es preciso destacar que aproximadamente la mitad (51%) organiza el acceso a los cuidados de salud mental cumplimentando una franja horaria prolongada cubriendo las necesidades de atención hasta las 18hs.

De acuerdo a los lineamientos que impulsan la resolución de las problemáticas de salud mental en los espacios comunitarios más cercanos a los lugares de residencia de las personas afectadas, se halló que se busca brindar cuidados de modo inmediato ante las situaciones de crisis subjetivas. El 40% de las unidades de atención priorizan las situaciones de urgencia sin ninguna programación y aun fuera del horario de funcionamiento del centro de salud. Aunque también un 22% de los centros refirieron elegir la derivación de los pacientes como respuesta de primera opción frente a las crisis subjetivas a otros niveles de mayor complejidad institucional.

Solo en una ciudad, Rosario se hallaron dispositivos u otras modalidades organizacionales específicos en el nivel comunitario, para la admisión de problemáticas de salud mental que permitan orientar los contactos iniciales, relativizar los pedidos de medicación, ofrecer alternativas de cuidado, y priorizar el diagnóstico situacional del pedido de ayuda. En más del 70% de los centros de salud del Municipio de Rosario, la admisión adquiere modalidades organizacionales de carácter institucional que colocan pautas para dinamizar el proceso de trabajo de los profesionales así como lineamientos políticos de carácter local. En el resto, las consultas de primera vez por problemas de salud mental están pautadas con las mismas características que el conjunto de los tur-

nos de atención, y por ello están sujetas a la disponibilidad u oferta de cada profesional.

La segunda dimensión analítica para comprender la accesibilidad, se dirigió a indagar la integralidad en los cuidados de la salud mental que implementan los centros de salud con abordajes en salud mental.

Existe un interés creciente en revalorizar la integralidad como un compromiso que pondera la calidad de la respuesta sanitaria, complementando la necesidad de actuar en los niveles individuales y poblacionales de las expresiones de los procesos de sufrimiento subjetivo.

Presupone comprender que, además de las acciones asistenciales, deben destacarse acciones de prevención, promoción y rehabilitación de las condiciones de salud, y ello implica que la organización de estas acciones e intervenciones relacionen acciones de salud colectiva con acciones de atención individualizadas.

Además, el concepto de integralidad en su complejidad remite también al logro en la integración de servicios por medio de redes asistenciales, reconociendo la interdependencia de los actores y las organizaciones, y admitiendo que ninguna de ellas dispone de la totalidad de los recursos y competencias necesarias para la solución de los problemas de salud en una población en sus diversos ciclos y aspectos de la vida.

Dos reconocidos investigadores del área de sistemas y servicios de salud como son Zulmira Hartz y André Pierre Contandriopoulos (2004), apelan a pensar la integralidad como imagen de una organización de los sistemas de salud como un "sistema sin muros", como un entramado de servicios y cuidados que desmantele las barreras de acceso entre los diversos niveles de atención.

Tomando en consideración los distintos aspectos que se entrelazan y complementan en el concepto de integralidad, y apuntando a la complejidad que distingue a los problemas de salud mental y las respuestas a ellos asociadas, interesa resaltar algunos aspectos fundamentales.

Las modalidades de atención integrales en los cuidados de salud mental reúnen y comprometen saberes y disciplinas que se incluyen en las respuestas elaboradas. En el conjunto de los centros, el 41% de ellos brinda una atención de carácter disciplinar, 40% de carácter multidisciplinar y 19% brinda ambas respuestas como modalidades de mayor frecuencia. Rosario y Buenos Aires presentan de manera significativa respuestas multidisciplinarias o combinan ambas, Paraná y Córdoba concentran en respuestas unidisciplinarias. Es altamente significativo el porcentaje de las acciones exclusivamente disciplinares, ya que la coexistencia de viejos y nuevos problemas de salud mental están requiriendo del abordaje multidimensional, que contemple respuestas cada vez más flexibles e incorporen un trabajo que reúna las múltiples miradas.

En consonancia a lo anterior en estas ciudades –Rosario y Buenos Aires– es altamente frecuente la inclusión de los temas y problemas de salud mental en los espacios compartidos por los equipos de trabajo destinados a la articulación de acciones para el trabajo cotidiano (90%).

La totalidad de los centros de salud brinda asistencia individual, un porcentaje muy elevado acompaña esa oferta con asistencia familiar y/o pareja, (75,8%). Se distingue que más de la mitad de los centros estudiados (65,8%) cubren posibilidades de atención domiciliaria (Córdoba, Paraná y Rosario).

La provisión de tratamiento psicofarmacológico se presenta como una respuesta de menor magnitud, solo dos de cada tres instituciones disponen de medicación psicofarmacológica. Esta situación expresa un importante número de usuarios que precisando tratamiento con medicamentos específicos, debe trasladarse a unidades sanitarias de otro nivel.

En la búsqueda de integración de acciones de asistencia y prevención y promoción, un número importante de centros de salud articulan prácticas asistenciales junto a las acciones de prevención de daños y promoción de la salud (78%). Persiste un 22% restante que no ejecuta este tipo de intervenciones, a pesar que constituyen un principio organizador la estrategia de atención primaria. Pero al indagar sobre el tiempo que le asignan a dichas actividades preventivas refleja que, en su mayoría (83%), le destinan menos de un cuarto de su tiempo a estas intervenciones.

Estos resultados son indicativos de un punto crítico puesto que cada vez se torna más necesario anticiparse a la expresión de los problemas de salud mental, atendiendo a aquellos condicionantes y determinantes sociales, culturales, étnicos, de género que los generan.

Sumado a las actividades de orden preventivo, se indagó sobre la realización de acciones de rehabilitación en salud mental. Se halla una distribución muy pareja, que indica que menos de la mitad de las organizaciones declaran realizar tareas de esa índole (47%) y pone de manifiesto que estas prácticas son tareas poco institucionalizadas en el conjunto de los centros de atención primaria. La descripción de los problemas o situaciones frente a las cuáles estas acciones se desarrollan describe prioritariamente la problemática de las adicciones, y la inserción de personas que han estado internadas en hospitales monovalentes.

El último y tercer eje analizador seleccionado, lo constituyó la continuidad de las intervenciones destinadas al resguardo de las problemáticas subjetivas en la coordinación y transversalidad de los distintos niveles de atención de la red.

De hecho las nociones de integralidad y continuidad de la atención están estrechamente vinculadas y presentan componentes importantes para ponderar

los logros efectivos en las políticas de salud mental implementadas.

En particular, la mantención de continuidad de los cuidados en el campo de la salud mental es un elemento esencial en las intervenciones que atañen las problemáticas del sufrimiento psíquico.

La estrategia de atención primaria coloca como necesaria la articulación del conjunto de las acciones de salud producidas en los distintos efectores, servicios y dispositivos que conforman el sistema sanitario.

En tal sentido la continuidad de las acciones en salud mental requiere que los usuarios puedan disponer y circular por todos los niveles de atención en salud, desde los centros del primer nivel de atención a los servicios especializados, y hasta las internaciones en hospitales generales, sin que medien obstáculos o trabas para su fin.

Por ello, se indagaron los mecanismos de coordinación y articulación que conforman los servicios y dispositivos de atención, de los que se espera que faciliten los lazos de permanencia con las instituciones sanitarias.

Con alta frecuencia los centros de salud reciben pacientes derivados de otras instituciones sanitarias -tanto de hospitales monovalentes y generales, además de los otros dispositivos de salud comunitaria próximos geográficamente-.

Conforme al incentivo en descentralizar la atención de las instituciones monovalentes y promover formas de cuidados ambulatorios, la mayoría de los centros de salud en Córdoba, Paraná y Rosario reciben pacientes que han sido derivados de hospitales psiquiátricos después de haber padecido instancias de internación. Esta situación se presenta con menor frecuencia en Ciudad de Buenos Aires.

En sentido contrario, la derivación desde las instituciones de atención primaria a los hospitales monovalentes alcanza una magnitud significativa en todas las ciudades (70% a 95%) aunque se incrementa en Rosario y en Paraná.

Este aspecto es problemático, si se atiende que está presente la fragmentación de la atención en relación con posibilidades de concretar cuidados de salud mental que requieran un proceso de internación en los hospitales generales, y en su defecto los pacientes están siendo remitidos a los tradicionales y cuestionados hospitales psiquiátricos. Asimismo los altos valores de derivación a estos hospitales ameritan una mayor profundidad de indagación en cada uno de los lugares, recuperando las trayectorias que los pacientes hacen cuando necesitan de una internación, para así conocer exhaustivamente, los motivos de las derivaciones de los centros de salud a las instituciones monovalentes.

Si bien los usuarios circulan de manera fluida entre los niveles de atención en función de sus necesidades

y problemas de salud, en gran medida su movilidad no está acompañada por registros de referencia y contra-referencia.

Menos de la mitad de las organizaciones siguen pautas establecidas que, de manera sistemática, dispongan y utilicen información escrita que explicita el recorrido y circulación de los pacientes entre los distintos niveles de la red de salud. Es sabido que los registros escritos pueden proporcionar información personal del paciente al tiempo que brindar un conocimiento preliminar sobre la situación de salud a los fines de orientar las decisiones de cuidado más pertinentes.

No parece estar establecida desde las direcciones u organismos de gestión de salud mental la normatización de procedimientos o criterios para producir la derivación de pacientes al segundo y tercer nivel de cuidados.

Si bien más de la mitad (67%) de las organizaciones declaran que existe comunicación efectiva cuando se derivan personas con problemas de salud mental para su atención, entre las instituciones de atención primaria y las otras instituciones de la red sanitaria, las mismas explicitan que son los mecanismos informales de referencia los que operan frente a las circunstancias de derivación de pacientes.

Los contactos informales constituyen la principal fuente de comunicación e intercambio de información sobre la población asistida, frente a las circunstancias de derivación de pacientes. De manera que las relaciones entre profesionales priman por encima de la organización institucional, no hallándose establecidos ningún dispositivo o procedimiento específico tendiente a mantener la continuidad y el seguimiento de los pacientes en la circulación de éstos en la red, que evite la consecuente fragmentación de los procesos de cuidado.

Entre las barreras institucionales más relevantes se explicitan los obstáculos para contar con información acerca de la historia de un sujeto en la red de salud. Estas trabas y dificultades institucionales adquieren una mayor significación ante determinadas problemáticas de salud mental, puesto que frente a cada situación nueva de consulta, el paciente reinicia el contacto con la unidad de salud a la que acude como si fuera la primera vez, como consecuencia de la falta de institucionalización de la historia clínica. Situación que restringe un derecho básico para el cuidado de la salud de las personas y, a la vez, expresa un aspecto clave en la calidad de atención brindada.

El análisis del conjunto de la información hallada da cuenta que garantizar la accesibilidad de la población a la atención requiere de transformaciones que comprometan dimensiones institucionales, organizativas, técnicas y profesionales para contribuir a una mejor comprensión de los avances que se producen y de las dificultades que permanecen.

Para concluir, es provechoso destacar algunos aspectos que denotan avances en la integración de la salud mental a la atención primaria, así como otros que señalan insuficiencias y exigen mayores esfuerzos.

En el marco del debate permanente sobre las formas de implementación de la atención primaria, las políticas sanitarias desarrolladas en los municipios o jurisdicciones estudiados, muestran una propuesta de expansión de servicios de salud mental con base comunitaria, con profundos desniveles en cuanto a su operativización entre las distintas provincias. La distribución territorial constituye un primer elemento para valorar la equidad de las acciones sanitarias facilitando el contacto entre población y servicios.

La perspectiva de planificar y establecer acciones en salud mental contemplando las necesidades poblacionales y transformaciones de los patrones epidemiológicos se ve fuertemente limitada por la vacancia de producción de información epidemiológica y sanitaria. Si bien estos obstáculos no son patrimonio exclusivo del sector de la salud mental, lo afectan significativamente, y exige esfuerzos políticos y sanitarios concretos para revertir esa situación.

Es característica distintiva del proceso de descentralización de la atención en salud mental reconocer que los grupos sociales presentan necesidades diferenciales y requieren, por tanto, intervenciones específicas para su cuidado. La existencia de dispositivos de admisión en los centros de salud y la continuidad en el vínculo entre la población y los servicios de salud, se muestra como una capacidad concreta de dar cabida a la diversidad de condiciones y requerimientos que plantean los grupos y las personas para atender los problemas de salud mental. Al mismo tiempo facilitan y permean la responsabilización mutua, población-servicios, que se establece para el cuidado y la promoción de la salud.

Tal como fue señalado en la introducción, el debate en torno de la atención primaria coloca foco en ponderar en qué medida consigue erigirse como principio ordenador y orientador de las transformaciones en los sistemas de salud. La proporción de derivación de los centros de salud hacia los hospitales monovalentes interroga ese principio, y señala un aspecto realmente crítico en el proceso de transformación de las prácticas en salud mental. En dirección similar, el predominio de prácticas asistenciales y orientadas sobre prestaciones individuales así como la centralidad de la institución sanitaria para los cuidados de salud mental, conforman un obstáculo fuerte en el desarrollo de actividades colectivas, y denotan algún grado de postergación de las acciones destinadas a actuar sobre aquellos condicionantes y determinantes de los padecimientos subjetivos.

El interrogante inicial, respecto de la inclusión de los cuidados de salud mental en el sistema de sa-

lud, ha permitido mostrar que la propuesta de brindar cuidados de carácter integral encuentra algunos obstáculos en su realización. Esa fragilidad no deviene tanto de la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios, sino del tránsito que éstos desenvuelven entre las diferentes organizaciones de la red, así como de los déficits de mecanismos de cooperación y coordinación en los niveles de gestión de los servicios de salud.

Por último el trabajo realizado da cuenta que la integración efectiva de la salud mental en la atención primaria ha avanzado con distintos ritmos y características en las instituciones de las cuatro ciudades analizadas. Sería promisorio el desarrollo de estudios que, a la vez que permitan una mayor profundización de indagación en algunos de los puntos más críticos, posibiliten poner en sinergia los avances logrados en cada una de las ciudades analizadas, facilitando el diseño de acciones que aún permanecen pendientes.

Notas finales

- Estudio Colaborativo Multicéntrico “Los procesos de reforma de la atención de salud mental y la estrategia de la Atención Primaria. Evaluación de la accesibilidad de los servicios de salud mental en centros urbanos de la República Argentina”. Financiado como Beca “Carrillo-Oñativia”, por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. El equipo de investigación estuvo integrado por Sandra Gerlero, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, Rosario; Ana C. Augsburger. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; María P. Duarte. Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos; Raúl A. Gómez. Instituto de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba; y Débora I. Yanco, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Los resultados de la investigación se presentan en el libro *La salud mental en la Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos* de autoría de Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Escalante, M., Ianowski, V.; Mutazzi, E. & Yanco, D. Se ha publicado por Laborde Editor, en el año 2012.

Referencias bibliográficas

- Almeida, C., Macinko, J. (2006). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. En *Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*, 10. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Blanck, E. (Ed). (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de Investigaciones XIV*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Escorel, S., Giovanella, L., de Mendonça, M.H.M. & de Castro Maia Senna, M. (2007). O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. En *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 21(2), 164-176.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gerlero, S. S., Augsburg, A. C., Duarte, M. P., Gómez, R. & Yanco, D. I. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. En *Revista Argentina de Salud Pública*; 2 (9) pp. 24-29.
- Hartz, Z., Contandriopoulos, A. P. (2004). Integridade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. En *Cadernos de Saúde Pública*, Sup2. n. 331-336.
- Ministerio de Saude do Brasil Relatorio final de la IV Conferencia Nacional de Saude Mental Intersectorial (2011). Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011/21relatorioIV.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Serie Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de Posición de la OPS/OMS. WDC: Organización Panamericana de la Salud.
- Prince, M. E. (2007). No health without mental health. En *The Lancet*, 370 (9598) pp. 859-877.
- Rodríguez, J. J. (Ed.) (2010). *Salud Mental en la comunidad*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Rovere, M. (2006). *Redes en Salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba: El Agora.
- Solla, J. J. S. P. (2005). Acolhimento no sistema municipal de saúde. En *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 5(4) n.493-503.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E.M. (2007). Acolhimento e transformação no proceso de trabalho de enfermagem em unidades de saúde de Campinas. En *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2) pp. 331-3401.