

Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario

PARODI, Mariángeles.

Médica Psiquiatra egresada de la Residencia interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Eva Perón (HEEP) de Granadero Baigorria. Magister en Salud Mental y Psicopatología (UNR). Miembro del servicio de Salud Mental y tutora docente de la RISaM del HEEP. Coordinadora académica de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Contacto: mariangelesparodi@gmail.com

GERLERO, Sandra.

Psicóloga (UNR). Magíster en Salud Mental, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Magíster en Salud Pública (UNR). Vicedirectora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Epidemiología (UNR- Instituto de la Salud "Juan Lazarte"). Docente de grado y posgrado e investigadora en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Investigadora y docente estable del Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Rosario, Argentina.

Contacto: flaviafreire@id.uffbr

VELZI DÍAZ, Alberto.

Psicólogo (UNR). Magister y Doctor en Salud Colectiva, Universidad Estadual de Campinas (Brasil). Director de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Contacto: algiova@gmail.com

Recibido: 24/02/2024; **Aceptado:** 29/06/2024

Cómo citar: Parodi, M., Gerlero, S. y Velzi Díaz, A. (2024). Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 99-124

Resumen

El presente trabajo propone indagar las concepciones de los dispositivos de apoyo matricial en salud mental en centros de atención primaria de la salud del sistema público de la ciudad de Rosario (Santa Fe), desde la mirada de los propios trabajadores de esos efectores, investigación realizada entre los años 2016 y 2021.

Los dispositivos matriciales de salud mental en Rosario fueron implementados en el primer nivel de atención como arreglos organizacionales estratégicos con el objetivo de generar prácticas sustitutivas al manicomio. Estos proponían cambios en los modelos de atención que se adecuen a los actuales marcos legislativos, como la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y los consensos internacionales, teniendo en cuenta el notable incremento de la incidencia y complejidad de las problemáticas subjetivas que se ha producido en el último tiempo. El apoyo matricial fue descrito por Campos en Brasil y forma parte de la metodología Paideia (Campos, 2009). Estas conceptualizaciones a nivel local fueron tomando una impronta propia, presentando un recorrido singular. Se reconoce a esta metodología como potenciadora de cambios en la organización de las instituciones y en los modos en que los equipos alojan las problemáticas de salud mental.

Para dar cuenta de la problemática propuesta, ubicada en el campo de la salud mental comunitaria, se utilizó un enfoque con abordaje cualitativo. Las técnicas de investigación utilizadas en el trabajo de campo fueron los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas a informantes claves, y el análisis de documentos institucionales.

Los resultados que arroja esta investigación revelan que los equipos de trabajo en los centros de salud de la ciudad desarrollan prácticas que dan cuenta que el dispositivo de apoyo matricial en salud mental, más allá de las dificultades asociadas a su implementación, se encuentra institucionalizado como lógica de trabajo cotidiano potenciando el armado de una clínica ampliada.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud - APS - salud mental comunitaria- apoyo matricial

Matrix support in Mental Health: A look from the teams of the first level of care health centers in the city of Rosario

Abstract

The present paper investigates from the perspective of the health workers themselves the conceptions of matrix support devices in mental health. This research

was carried out in primary health care centers of the public system belonging to the city of Rosario (Santa Fe).

The mental health matrix devices were implemented at the first level of care as strategic organizational arrangements for generating substitute practices to the asylum and proposing changes in care models for the adaptation to current legislative frameworks, such as the National Mental Health and Addictions Law No. 26,657 and international consensus, considering the noticeable increase in the incidence and complexity of subjective problems recently occurred. Matrix support, described by Campos in Brazil, is part of the Paideia (Campos, 2009) methodology and, locally, took their own imprint, presenting a singular trajectory. Furthermore, this methodology is perceived as enhancing changes in the organization of institutions and in the ways in which teams address mental health problems. A qualitative approach was employed for accounting the referred problem in the field of community mental health. In the fieldwork, techniques as focus groups, semi-structured interview with key informants and analysis of institutional documents were applied. The results reveal that work teams in city health centers develop practices that prove that the matrix support device in mental health is institutionalized as logic of daily

work and that it brings its potential for the creation of an expanded clinic, beyond the difficulties linked with its implementation.

Keywords: APS- community mental health- matrix support.

1. Introducción

El presente trabajo expone los principales resultados elaborados en una tesis de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario defendida en el año 2023. Los objetivos de la misma fueron describir y analizar los modos en que se conciben los dispositivos matriciales de salud mental y su proceso de implementación desde la visión de los integrantes de los equipos de salud pertenecientes al primer nivel de atención del sistema público de salud de la ciudad de Rosario.

De acuerdo a los aportes de Gerlero et al. (2011), en Rosario a partir de la década de los 90 se implementaron políticas, planes y estrategias de cuidado de la salud mental con enfoque en la Atención Primaria de la Salud (APS). Este hecho se posibilitó por el desarrollo de la estrategia de APS a nivel municipal, siendo un modelo en toda la región. Desde las políticas en este campo se ha definido que el primer nivel se consolide como el

lugar adecuado donde se despliegan modelos de atención más cercanos a la estrategia de APS.

A partir del año 2002 la provincia de Santa Fe comenzó a redefinir sus lineamientos estratégicos, proponiendo la creación de un nuevo modelo asistencial orientado a incluir las prácticas de salud mental en el marco de la atención primaria. En el caso de Rosario, los centros de salud fueron los lugares destacados como claves para la reforma que se potenció a partir de la incorporación de equipos o profesionales de organización matricial (Gerlero y Augsburguer, 2012).

En la actualidad conviven diversos modos de abordaje del malestar subjetivo que se desarrollan tanto en hospitales monovalentes, hospitales generales, centros de salud, entre otros dispositivos, que dependen de la Dirección Provincial o bien de la Dirección Municipal de Salud Mental.

A partir de los movimientos de reforma internacionales, como Trieste con la Psiquiatría Democrática y las transformaciones en países latinoamericanos, como la creación del Sistema Único de Salud de Brasil, en algunos lugares de Argentina se comenzó a fomentar nuevas maneras de concebir a la salud mental y de construir prácticas innovadoras en este campo. En la ciudad de

Rosario, y en el marco del desarrollo de la estrategia de APS, en los centros de salud comenzó a implementarse la modalidad organizativa de equipos matriciales de salud mental. A nivel municipal estos equipos estuvieron formados en un primer momento por disciplinas como psicología y trabajo social, que formando parte de los propios equipos de los centros de salud asumían funciones transversales de soporte hacia el equipo de referencia, algunos años más tarde se sumaron además psiquiatras que repartían su carga horaria semanal entre varios efectores de primer nivel. A nivel provincial, en el año 2007 surgen los dispositivos de Fortalecimiento de Infancias y Adolescencias, conformados por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, talleristas, operadores comunitarios, entre otros, quienes asumen funciones de apoyo matricial hacia los equipos de salud del primer nivel, conformándose equipos de soporte que trabajan con varios centros de salud de cada sub región de la ciudad. En ambas dependencias, municipal y provincial, se propone trabajar en el territorio abordando situaciones socio-subjetivas complejas, diseñando estrategias clínicas para acompañar a los equipos de referencia de los pacientes que viven en esos barrios.

En muchos casos esto permitió, por un lado, ampliar las capacidades de identificación y abordaje de dichas situaciones por parte de los propios equipos de

referencia, y por otro lado, que los usuarios puedan acceder a una atención cercana a sus domicilios; es decir, mayor accesibilidad al sistema de salud.

Con la configuración de un modelo de salud que se pretende territorial, se ha comenzado a hablar fuertemente de una clínica ampliada, también llamada “clínica del sujeto”, no fragmentada o degradada (Campos, 2009a). A su vez, esta noción de clínica ampliada plantea la necesidad de generar equipos de referencia que trabajen desde la perspectiva de un modelo de atención territorial e integral.

En los últimos años el concepto de apoyo matricial aparece enunciado en el discurso de los diferentes trabajadores de la salud, muchas veces no pudiendo rasstrarse desde dónde se lo enuncia ni cuál es el sentido que se le otorga; retornando como algo que debe ser nombrado de ese modo para dar cuenta de determinadas prácticas que se realizan en este campo.

A partir de lo dicho anteriormente es importante indagar: ¿cómo se define el trabajo matricial en el área de la salud pública y en particular en la salud mental? ¿Cómo surge el apoyo matricial en ese contexto sanitario? En la actualidad, ¿cómo es abordado el trabajo matricial en los distintos distritos o sub-regiones?

A fin de identificar si existieron cambios percibidos a partir de su formulación y puesta en funcionamiento e implementación, ¿cómo es posible pensar su lógica organizativa y de intervención? En particular, interesa comprender cómo representan y conciben al dispositivo matricial los profesionales de la salud en el marco de las intervenciones que atañen a las problemáticas subjetivas. Este conjunto problemático es nodal para entender qué es aquello que se dice cuando se lo enuncia. A partir de esto, el trabajo se propuso profundizar sobre los siguientes objetivos específicos: a) caracterizar e historizar el proceso de implementación de los equipos matriciales en salud mental de organización y atención en el primer nivel de atención del sistema público de salud de la ciudad de Rosario; b) identificar los sentidos que los integrantes de los equipos de salud le otorgan a las intervenciones en salud mental desde los dispositivos matriciales del primer nivel de atención; c) establecer avances y conflictos que los integrantes de los equipos identifican en la implementación efectiva de los cuidados de los problemas de salud mental desde los dispositivos matriciales de APS.

2. Enfoque metodológico

El trabajo procuró interrogar las lógicas de trabajo matricial que tienen lugar en centros de salud muni-

cipales y provinciales de la ciudad de Rosario, instituciones que funcionan en distintas zonas del municipio dentro de la red de salud pública.

Se trabajó mediante la técnica de análisis de contenido de abordaje cualitativo que aspiró a estudiar la realidad descrita en su contexto, a fin de recuperar información relevante que pudieran aportar los sujetos a partir de los diferentes significados que construyen y sus percepciones, en la medida en que la mirada determina, delimita y configura aquello que se mira (Bardin, 1979).

Se utilizaron tres técnicas para la construcción de la información: grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y análisis documental.

Los grupos focales se llevaron a cabo en cuatro centros de salud previamente seleccionados de la ciudad de Rosario, dos municipales (distrito norte y sudoeste) y dos provinciales (sub región sur y oeste), ya que el sistema público de salud de la ciudad cuenta con efectores de dependencia municipal y provincial.

Al momento de la realización de los grupos focales en el año 2016 existían en Rosario 82 centros de salud pertenecientes al sistema público de salud (31 provinciales, 51 municipales y uno de la Universidad Nacional

de Rosario). A nivel municipal los centros de salud se dividen por distritos (centro, norte, noroeste, sur, sudoeste y oeste). A nivel provincial los 31 centros de salud se encuentran distribuidos por sub-regiones (norte, noroeste, oeste, sudoeste, sur y centro).

Los grupos focales estuvieron formados por distintos integrantes del equipo de salud (profesionales y no profesionales) en encuentros que fueron pautados previamente con dichos equipos, teniendo una duración aproximada de dos horas cada uno. En total participaron 38 trabajadores en estos grupos (Centros de Salud Municipales: distrito Norte 16 trabajadores, distrito Sudoeste 6 trabajadores; y Centros de Salud Provinciales: Sub-región Oeste 7 trabajadores, sub-región Sur 9 trabajadores).

En la selección de los centros de salud se tuvieron en cuenta criterios de dependencias jurisdiccionales (municipales y provinciales); de distribución territorial (distritos o sub regiones); que contasen con implementación de soporte matricial en salud mental y con la aceptación, conveniencia y accesibilidad por parte de los equipos. Los ejes de discusión de los grupos focales fueron: a) niveles de atención –articulación con la red-clínica ampliada; b) lógica matricial en salud mental; c) espacios de formación de los equipos de salud.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en el año 2021 a tres informantes claves, un trabajador municipal y dos provinciales, que han ocupado cargos centrales en la gestión de la política pública de salud mental en la ciudad de Rosario, con el fin de historizar cómo surgen los dispositivos matriciales, qué lugar ocupan y cuál es la función y/u objetivos de los mismos. Se indagaron los siguientes ejes en las entrevistas: a) caracterización de las políticas en salud mental; b) implementación de la lógica de trabajo matricial; c) organización de los dispositivos matriciales.

Todos los participantes de la investigación dieron su consentimiento de modo verbal y por escrito, quedando pautado que la participación de los mismos era voluntaria y anónima. Tanto los encuentros de los grupos focales como las entrevistas fueron audiograbadas y luego transcritas.

Para el análisis documental se realizó una revisión y análisis de los documentos políticos propositivos de gestión y planificación disponibles, libros, publicaciones on-line, entre otros, pertenecientes al sistema de salud público de la ciudad de Rosario, de ambas jurisdicciones. Por otro lado, para el armado de los antecedentes y marco conceptual se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como *Scielo*,

Bireme y *PubMed*, utilizando las siguientes palabras claves: APS, salud mental y apoyo matricial.

3.1 Historizando las condiciones político sanitarias que propiciaron la implantación del modelo de apoyo matricial en salud mental

Las estadísticas mundiales revelan que las personas con padecimientos en salud mental presentan una tasa de mortalidad de dos a tres veces mayor que el resto de la población general y que viven entre 10 y 30 años menos. Esto ha convertido dicha problemática en una de las mayores preocupaciones de muchos organismos internacionales, los que han intentado construir respuestas oportunas (OMS, 2010). Además, los padecimientos mentales son una de las principales causas de discapacidad en el mundo (OMS/OPS, 2001).

Los organismos internacionales, como OMS/OPS (2001), clasificaron entre los factores que propician este escenario, una baja capacidad de identificación y manejo de estos casos en el primer nivel de atención en salud, así como una sobrecarga en los servicios especializados, asociado a dificultades y demoras en el acceso a la atención. Por este motivo, en diversos países se han ido implementando distintas estrategias que buscan construir un trabajo articulado entre los equipos del primer nivel

de atención y los especialistas, con el fin de generar una integración de la red de salud que permita el armado de proyectos terapéuticos comunes. Se destacan las iniciativas realizadas en países como Australia y Canadá, como el cuidado compartido (shared care) y el cuidado colaborativo (collaborative care) (Treichel, Onocko Campos & Campos, 2019).

En la mayoría de los países de Latinoamérica, la fuerte impronta de la lógica manicomial ha planteado una centralización de recursos especializados en instituciones monovalentes y en el mejor de los casos, en hospitales generales. Salvando algunas experiencias, como el caso de Brasil, o la reforma psiquiátrica en la provincia de Río Negro en nuestro país, hay escasos desarrollos de estrategias de atención en el primer nivel (Belizán, et al, 2013).

Partiendo desde Alma Ata (OMS, 1978) y siguiendo por otros tratados internacionales, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), declaraciones de la OMS/OPS (2001-2009 y 2010), entre otros documentos internacionales que marcan los primeros lineamientos en materia de salud mental y atención primaria en América Latina, podemos decir que la atención primaria representa la forma más integral, positiva y democrá-

tica de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad, siendo esto también aplicable al campo de la salud mental. En esta dirección y siguiendo experiencias de reformas internacionales en salud mental, en la provincia de Santa Fe, en 1991 se sancionó la Ley Provincial de Salud Mental (Ley N° 10.772), ley pionera y de vanguardia que marcó los primeros lineamientos de las políticas sanitarias en ese momento histórico. En este mismo período a nivel local en Rosario se produce el desarrollo de la estrategia de la APS.

A nivel nacional, en diciembre de 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, reglamentada en 2013. Esta Ley tiene como objetivo regular la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental a partir de una serie de cambios en los procesos de atención de estas problemáticas en todo el territorio nacional (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación, 2010).

Como se mencionó anteriormente podemos encontrar en Brasil el desarrollo de estrategias de atención de salud mental en el primer nivel, siguiendo las iniciativas internacionales que proponen un trabajo centrado en APS, a través de la propuesta de apoyo matricial, la cual busca ampliar las posibilidades de un cuidado inte-

gral y de relación dialógica entre distintas especialidades y profesiones de toda la red de salud.

El apoyo o soporte matricial, creado y descrito por primera vez de manera sistemática por Campos (2009a), es el resultado de los esfuerzos realizados para permitir una reorganización del trabajo en el Sistema Único de Salud (SUS), fomentando nuevos patrones de interrelación entre usuarios y profesionales de la salud. Esta estrategia de co-gestión para la organización del trabajo interprofesional fue formulada a inicios de la década del 90 e implementada por iniciativa de los profesionales de la red del SUS de Campinas en el área de la salud mental y luego se extendió a nivel nacional dentro de la Política Nacional de Humanización (PNH) (Prefeitura de Campinas, 2001).

Se trabaja desde una concepción de clínica ampliada y reformulada, dentro de los principios que plantea el método Paideia (Campos, 2009b), pretendiendo asignar nuevos sentidos a las prácticas en salud (Campos, 1999). Para lograrlo se propone la organización del trabajo en el armado de mini equipos de referencia (conformados por médicos, enfermeros, entre otros) que tengan a cargo el diseño de proyectos terapéuticos singulares para la población y los grupos familiares a su cargo. Es decir, a su población adscrita.

Se trata de un modelo de intervención pedagógico y terapéutico que intenta favorecer el intercambio de información ampliando la co-responsabilización por los usuarios (Campos, 1999).

En este sentido, el término soporte tiene dos dimensiones: apoyo asistencial y técnico-pedagógica. La dimensión técnico-pedagógica exige una acción de apoyo educativo con y para el equipo (Campos, 2009a; Campos y Domitti, 2007; Ministério da Saúde do Brasil, 2009, 2011a). En tanto la dimensión asistencial es aquella que producirá una acción clínica directa con los usuarios. Estas dos dimensiones funcionan de modo sinérgico en distintos momentos.

Se destaca la intervención de equipos de apoyo matricial como un soporte especializado de asistencia, evitando los problemas de otros niveles de atención y aumentando la capacidad resolutoria de problemáticas de salud por parte de los equipos de referencia. La propuesta de apoyo matricial brasileña busca generarse a partir del compromiso con la construcción de relaciones democráticas, teniendo en cuenta la co-gestión y la construcción compartida de cuidados.

El apoyador matricial es además un especialista que tiene un núcleo de conocimiento que permite agregar

recursos de conocimiento e incluso contribuir con intervenciones que incrementen la capacidad de resolver problemas de salud del equipo de referencia, gestionando una nueva forma de producir salud en el que dos o más equipos, en un proceso de construcción de clínica compartida, crean una propuesta de intervención.

Bonfim et al. (2013) plantean que el concepto de núcleo corresponde al conjunto tradicional de conocimientos y acciones que son específicos de una categoría profesional particular. A su vez, el concepto de campo representa una apertura de la identidad profesional hacia la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad. De esta forma, el concepto de campo se corresponde con el conocimiento que puede ser apropiado por los profesionales que trabajan en el mismo contexto, con el fin de poder imprimir mayor eficacia y eficiencia en el trabajo (Campos y Cunha, 2011).

En Rosario, éstos arreglos organizacionales de soporte matricial fueron tomados de la experiencia de Brasil, a partir de un trabajo colaborativo entre actores de ambos países, implementándose en los centros de salud del primer nivel de atención de ambas dependencias, con diferentes recorridos, como modo de garantizar la integración entre APS y salud mental, como modelo sustitutivo al manicomio.

3.2 Implementación del apoyo matricial en Rosario

Según los datos aportados por la investigación podemos decir que a nivel municipal en Rosario el modelo APS fue pensado como una estrategia que atravesó de modo integral el sistema de salud. Este proceso comenzó en la década de los 90 como parte de una política sanitaria más amplia y se ha desarrollado de manera progresiva hasta la actualidad.

La conformación de los centros de salud en la ciudad acompañó estas directivas formando parte de los distritos. Desde allí se desarrollaron innovaciones en los procesos de atención en salud. Las mismas incluyeron la adscripción de población a cargo de los equipos de referencia. A partir de los años 2003 y 2004 encontramos en los documentos de la gestión descripciones de dispositivos organizacionales que provienen de los desarrollos teóricos de Sousa Campos en su método Paideia, como la clínica ampliada, equipo de referencia y apoyo matricial (Dirección de Atención Primaria, 2003; Secretaría de Salud Pública, 2004).

En documentos oficiales del año 2003 se propuso que las disciplinas que no formaban parte de los equipos de referencia, como psicología y trabajo social, en-

tre otras, adoptaran un trabajo transversal, quedando a demanda de los equipos de referencia. En 2007 se desarrollaron las primeras experiencias de trabajo matricial de los psiquiatras en los centros de salud; hecho que tuvo lugar desde la articulación estratégica entre las Direcciones de Salud Mental y APS (Huerta, 2007). En documentos oficiales posteriores (Dirección de Salud Mental Municipal, 2008; Dirección General de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Pública, 2010) y de producción teórica de los trabajadores (Belizán, 2012) se puede identificar la descripción de las incumbrencias de los profesionales que realizarían apoyatura matricial, incluidas ambas dimensiones, la asistencial y la pedagógica. También se detallaron las funciones que incluyeron actividades de gestión y espacios de formación que acompañaron esta propuesta.

A nivel provincial, en la década de los 90 sancionó en Santa Fe la Ley Provincial de Salud Mental N°10.772, hecho que sentó las bases para las posteriores modificaciones en la política de salud mental. Dos movimientos instituyentes de trabajadores, la Experiencia Oliveros¹ y posteriormente el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental² de la provincia, dieron lugar al restablecimiento en el año 2004 de la Dirección Provincial de Salud Mental con la conformación de un Programa Estratégico donde podemos encontrar conceptos, como

el de lo clínico político, en un entrecruzamiento con los lineamientos de la clínica ampliada.

En el marco de este programa Estratégico, en 2007 comenzaron a funcionar los equipos de Fortalecimiento en salud mental en los centros de salud provinciales (Dirección Provincial de Salud Mental, 2007). En este momento se produjeron algunos documentos, escritos, jornadas de trabajo y formación en relación a estas temáticas. A finales de 2011, a partir de algunas modificaciones en los equipos de gestión, estos dispositivos matriciales comenzaron a nombrarse como Dispositivo Territorial de Soporte para el Abordaje de Situaciones Socio Subjetivas Complejas, conservando su metodología de trabajo. (Dirección Provincial de Salud Mental, 2012).

En esta historia compartida podemos encontrar momentos de articulación del trabajo entre las dependencias municipales y provinciales. Este escenario permitió el desarrollo entre la Secretaría de Salud de la Municipalidad y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2010) de un documento titulado “Hacia un modelo Sanitario Integral”. En él es posible identificar la intención de la ampliación de la clínica, la noción de territorio y población a cargo con equipos de referencia en los centros de salud y la función de soporte matricial

de estos equipos de salud mental pensados como metodología para superar la lógica de la clínica fragmentada y degradada. Además, en ese momento se realizaron encuentros sistematizados de trabajo entre los equipos matriciales de ambas dependencias que se desempeñaban dentro de una misma región.

Resulta importante destacar los distintos orígenes de las prácticas matriciales en salud mental en los centros de salud. Recorridos que a nivel municipal se dieron como parte integral de la estrategia de APS y en el ámbito provincial surgieron de un movimiento instituyente desde el campo de la salud mental. Estos dos movimientos propiciaron transformaciones de los procesos de atención en salud mental en nuestra ciudad. Particularmente en el primer nivel a través de los equipos de referencia y apoyo matricial que se despliegan como parte de los dispositivos organizacionales que funcionan en los centros de salud.

3.3 Funciones posibles del apoyo matricial

A partir de lo analizado desde la política propositiva de la gestión se desprende que los equipos de salud mental en los centros de salud son pensados con funciones transversales de apoyo matricial en relación a los equipos de referencia, proponiendo espacios de

formación, supervisión y re-trabajo. Dentro de las actividades que se describen como inherentes al apoyo matricial podemos nombrar:

- Atención de pacientes con padecimientos subjetivos: consultorio singular, conjunto, entrevistas familiares, visitas domiciliarias, coordinación de espacios grupales;
- Trabajo entre los integrantes del equipo, reuniones de trabajo, de casos complejos;
- Articulación con otros efectores de la red, secretarías o direcciones, e instituciones dentro y fuera del barrio;
- Tareas de gestión, docencia e investigación.

Sin embargo el análisis del proceso de implementación, que constó de poner en comparación las “políticas propositivas”, a partir de los datos recabados en las entrevistas con los gestores y del análisis documental, con las “políticas implementadas”, y a partir de los relatos de los propios trabajadores, mostró algunas diferencias en este sentido. En la siguiente tabla se visualiza en forma clara que las principales diferencias están dadas en relación a los espacios de formación, supervisión y re-tra-

bajo, así como en las tareas de docencia, investigación y gestión. Dimensiones que están más relacionadas con la función técnico pedagógica del soporte matricial y que se presentan menos desarrolladas por parte de los trabajadores. (Ver Tabla 1)

4.1 Concepciones del apoyo matricial y sus prácticas

Equipo de referencia y apoyo matricial

Los equipos de los centros de salud trabajaban desde la lógica de armado de equipos de referencia de modo interdisciplinario con adscripción de población a cargo, realizando reuniones de equipo y de re-trabajo, llevando a cabo el seguimiento de casos complejos en otros efectores de la red como estrategia para el armado de un proyecto terapéutico a largo plazo con los usuarios.

El proceso de admisión a los equipos de salud mental se encontraba institucionalizado a partir del pedido del equipo de referencia al psicólogo del efector. Se realizaban abordajes de problemáticas de salud mental de modo disciplinar pero articulado a un trabajo interdisciplinario, siendo estas temáticas debatidas en el marco de los equipos más ampliados y en espacios compartidos de trabajo. Algunas disciplinas que trabajan de modo transversal con el equipo de referencia fueron

identificadas como matriciales, entre ellas salud mental (psicología, psiquiatría), trabajo social, entre otros. Los trabajadores sociales fueron identificados como integrantes de los equipos de salud mental.

Otro aspecto importante a destacar es el particular uso de la noción de matricialidad. Aunque varios profesionales fueron nombrados como matriciales, en general la noción hacía referencia al trabajo de los “psiquiatras matriciales”. En relación a la práctica de esta disciplina, en algunos equipos, su función quedó asociada a la especificidad del abordaje psicofarmacológico, reproduciendo una práctica más ligada a lo singular, de consultorio y acotada en relación a las funciones pertinentes al apoyo matricial.

En función de la conceptualización de la noción de soporte matricial, si bien aparecieron dificultades para circunscribir teóricamente el término, las experiencias de trabajo de los equipos dan cuenta de prácticas de ampliación de la clínica y matricialidad. En este mismo sentido, los equipos relataron desarrollar prácticas que, aunque no se las denominó de esta forma, podrían definirse como de soporte matricial.

Los equipos de referencias y los trabajadores con funciones de soporte matricial contaban con encuen-

Tabla 1. Tabla comparativa entre las políticas propuestas por la gestión en relación a las funciones posibles del apoyo matricial de Salud Mental y las acciones implementadas llevadas a cabo por los equipos del primer nivel de atención

Políticas propositivas	Políticas implementadas
Función transversal del apoyo matricial en relación a los equipos	- Si
La especificidad de salud mental se propone como soporte matricial	- Si
Espacios de formación, supervisión y re-trabajo como inherentes al soporte de matriz	- No contaban con espacios de capacitación ni supervisión sobre la temática apoyo matricial - Re-trabajos: Al interior de los centros de salud (entre los equipos y sus apoyadores) - No con los gestores/coordinadores
Abordaje de pacientes con padecimientos subjetivos (consultorio singular/conjunto, entrevistas familiares, visitas domiciliarias, coordinación de espacios grupales)	- Si. - Psiquiatra más centrado en atención de pacientes- Trabajador social y psicólogo participaban más de otras instancias colectivas
Trabajo con los integrantes del centro de salud; reuniones de re-trabajo, equipo, de casos complejos, etc.	- Si - En algunos efectores más sistematizado
Tareas de gestión, docencia e investigación	- No

Fuente: Parodi, M. (2023). Tesis “Equipos matriciales en Salud Mental”. Maestría en Psicopatología y Salud Mental Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

tros de re-trabajos, espacios que se encontraban más instituidos y sistematizados en algunos efectores. En este punto de articulación entre el apoyo matricial y el equipo de referencia, el soporte matricial estuvo ligado a una práctica de contención y cuidado hacia los propios trabajadores de los equipos de salud como modo de incluir la dimensión subjetiva en las prácticas de salud.

Otro punto a destacar es que más allá de los marcos institucionales que dan sustento al apoyo matricial, en cada efector se realizaba un trabajo distinto y singular. Si bien este hecho puede deberse a la falta de lineamientos y de planificación por parte de la gestión, también resulta importante valorar que en la plasticidad de estos dispositivos hallamos su mayor potencia, en tanto permiten construcciones de trabajo singularizadas.

Se pudieron identificar además concepciones peyorativas en relación al soporte matricial, como el riesgo de perder la especificidad, y la asociación de la matricialidad como modo de precarizar y retacear el recurso del especialista, como si a partir de los postulados del soporte matricial se pretendiera justificar las pocas horas que poseen algunas disciplinas, como es el caso de las horas de psiquiatría disponibles en cada centro.

Dimensión de núcleo y campo

El concepto de matricialidad fue definido como el aporte de algunas profesiones desde su especificidad disciplinar, abonando al proyecto terapéutico realizado en conjunto con el equipo de referencia, ubicando esta práctica como modo de ampliación de la clínica y de las capacidades de los equipos de referencia de los centros de salud para la identificación y abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas, que permite evitar la medicalización de la vida cotidiana y superar el modelo de interconsultas entre especialistas.

Los psiquiatras, en muchas ocasiones son nombrados como parte del equipo de referencia, generando algunos cuestionamientos. Esta discusión da cuenta de aspectos indivisibles entre la noción de núcleo y campo. Si bien el núcleo tiene relación con la especificidad del recurso puesto en juego, el campo reúne los elementos y funciones compartidas por todos los integrantes en el desarrollo de su práctica. En este sentido, no habría límites precisos entre lo singular de la especificidad -el núcleo- y lo general compartido -el campo-. Estos límites aparecen más difusos en la medida que se configura un trabajo compartido afianzado entre el equipo y el apoyador, fortaleciendo el intercambio de conocimientos y herramientas a partir del cual se construyen mo-

dos de intervención amplios e integrales, no fragmentado ni compartimentados.

En relación a las prácticas de apoyo matricial y el armado del proyecto terapéutico, surgió la particularidad de que los profesionales del campo de la salud mental por el lazo transferencial establecido con los usuarios, en algunas oportunidades, terminaron ocupando lugares de mayor referencia y co-conduciendo en parte o totalmente esos procesos terapéuticos. Este hecho les permitía ocupar parte de la jornada laboral como integrantes del equipo de referencia y parte como apoyador matricial.

A partir de lo señalado, en algunos casos los seguimientos de los tratamientos estaban a cargo del equipo de referencia y/o de los profesionales matriciales, dependiendo de cómo se conformaba el vínculo transferencial, debiendo articularse el trabajo correctamente para no reproducir prácticas fragmentadas y desvinculadas al proyecto terapéutico definido.

En relación a los conceptos de núcleo y campo, otro punto asociado al soporte matricial estuvo vinculado a la cantidad de recursos disponibles en los equipos y a la especificidad de los mismos, al trabajo desde la transversalidad, la interdisciplina y el trabajo en equipo. Por

lo que, este modo de abordaje permitió complejizar los problemas y aumentar la capacidad de los equipos para resolverlos. En este sentido, el soporte de matriz se destaca como una herramienta que permitió incluir a la salud mental en las prácticas de APS en estos efectores.

Dimensión técnico-pedagógica del apoyo matricial

Un punto importante a destacar que arroja esta investigación es que el apoyo matricial no fue identificado como una herramienta pedagógica en sí misma con la que contaban los equipos, asociada a los encuentros de re-trabajo, reuniones de equipo, y casos complejos donde se trabajaban situaciones en el marco de sus proyectos terapéuticos y en las que participaron psicólogos, trabajadores sociales y/o los psiquiatras. Las capacitaciones eran a menudo autogestivas. No había incentivos por parte de la gestión y se presentaban dificultades para disponer de horas destinadas a la formación dentro de la carga laboral. Sí contaban con espacios de re-trabajo con supervisores externos que podían convocar si lo consideraban necesario. Por su parte, trabajadores de algunos centros de salud además contaban con reuniones específicas con pares donde discutían problemáticas comunes a toda la red y también podían entablar allí espacios de formación.

Ninguno de los equipos había participado de espacios de formación específicos sobre el tema apoyo matricial, si bien dieron cuenta de conocer la temática y parte de su historia, relatando que estos espacios de formación se llevaron a cabo en un tiempo inaugural, cuando comenzó a implementarse en los centros la lógica de trabajo de equipos de referencia y soporte matricial.

Solo un equipo desarrolló una investigación con la conformación de un diagnóstico poblacional.

Dimensión asistencial del apoyo matricial

Las actividades asistenciales que aparecen ligadas al apoyo matricial fueron la realización de consultorio conjunto entre diversas disciplinas de los equipos (mayormente en conjunto con profesionales de la salud mental), visitas domiciliarias y espacios grupales de trabajo articulados con otras instituciones del barrio lo que permitió fortalecer el lazo con los usuarios y la comunidad. En este sentido, las estrategias incluían trabajar conjuntamente con diversas instituciones de la localidad además de articular su trabajo con distintos efectores de la red de salud y participar de las reuniones intersectoriales de trabajo en los distritos. También manifestaron trabajar con instituciones específicas de

salud mental y con la red de servicios de salud de mayor nivel de complejidad, incluyendo hospitales polivalentes y monovalentes, donde acompañan el armado del proyecto terapéutico cuando los usuarios se encuentran transitando estos recorridos institucionales.

Un dato importante a destacar es que en uno de los centros de salud se desarrollaba una asamblea barrial donde participaban de forma activa y protagónica los usuarios del centro de salud, siguiendo uno de los principales postulados del método Paideia como es la participación activa de la población en la toma de decisiones.

Las problemáticas subjetivas con las que los equipos trabajaban de manera frecuente estaban relacionadas con distintas situaciones de violencia: violencia de género, situaciones de abuso sexual, problemáticas de consumo de sustancias, crisis subjetivas, entre otras; datos que coinciden con los aportados por otras investigaciones locales. Cuando se identificaba alguna de estas problemáticas, en primera instancia se presentaba la situación al psicólogo y se acordaba el modo de intervenir. Posteriormente, en caso de ser necesario, se presentaba la situación al psiquiatra. En los centros de salud este dispositivo de presentación y re-trabajo de las situaciones entre el equipo de referencia y el apoyador matricial se encontraba institucionalizado, no

siendo posible acceder a la atención de salud mental de modo directo, sino a través del equipo de referencia. Este hecho da cuenta de un modo de trabajo conjunto entre el equipo y los apoyadores que retoma los lineamientos teóricos de Campos en relación con la clínica ampliada y el soporte de matriz.

Por su parte, los psicólogos y trabajadores sociales participaban más activamente de los espacios de re-trabajo, los espacios grupales o de trabajo con otros efectores. En cambio, los psiquiatras destinaban mayor carga horaria a la práctica de consultorio.

Los equipos calificaron como escasa la carga horaria destinada por los psiquiatras al trabajo en los centros, ya que el tiempo dedicado a cada efector no permitía la realización plena de las funciones como apoyador. Esta dificultad precarizaba su función y fragmentaba el trabajo con el equipo de referencia, interfiriendo por momentos en el correcto funcionamiento del dispositivo.

En relación con las internaciones por motivos de salud mental solicitadas por los equipos de los centros de salud, las mismas se llevaban a cabo en hospitales generales polivalentes y excepcionalmente en hospitales psiquiátricos. Estos datos contrastan con los encontrados en trabajos locales anteriores como los de Belizán et

al. (2013) quienes identificaron serias dificultades en el armado de trabajo entre los equipos de APS y los hospitales generales, y particularmente con el estudio de Gerlero et al. (2010), quienes manifestaron que la mayoría de las internaciones por motivos de salud mental que se desarrollaban en ese momento tenían lugar en los monovalentes.

Las internaciones en los hospitales polivalentes se llevaban a cabo con los efectores de la misma dependencia, provincial o municipal según el caso. Muchas veces se hacía uso de modos informales de comunicación, como vínculos con trabajadores de estas instituciones.

4.2 Potencialidades y/o Beneficios del apoyo matricial.

Los resultados hallados en esta investigación ponen de manifiesto la enorme relevancia y el impacto que tienen las políticas en salud mental y de APS impulsadas en los últimos treinta años en la ciudad de Rosario. Las mismas dan cuenta del avance en la transformación de los modelos de atención y de la inclusión e integración de la salud mental en el primer nivel de atención, aunque no sin dificultades. El soporte de matriz se revela como una herramienta imprescindible para la transfor-

mación de toda la red al consolidarse como facilitadora del recorrido de los usuarios por los hospitales generales, y de toda la red, a través del armado colaborativo del proyecto terapéutico.

Dentro de las potencialidades del soporte matricial que surgen de esta investigación podemos nombrar:

- Propiciar la inclusión de la salud mental en el primer nivel de atención;
- Favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario, que permita una ampliación de la clínica como modo más eficaz de resolución de los problemas de la población;
- Permitir la atención de usuarios externos de los hospitales monovalentes en el territorio;
- Alojar las crisis subjetivas en los centros de salud y posibilitar el trabajo articulado con los hospitales generales de la red facilitando las internaciones de los usuarios en caso de ser necesario;
- Trabajar de modo más fluido y articulado con toda la red;
- Impactar positivamente en toda la red de

salud a partir de un enfoque integral de cuidado, propiciando modificaciones en el modelo de atención;

- El apoyo matricial se asoció al armado colaborativo del proyecto terapéutico que fortaleció el lazo con la población a cargo y facilitó el sostenimiento de los tratamientos a largo plazo;
- Favorecer el cuidado de los propios trabajadores, además de los usuarios, al incluir el abordaje de la propia dimensión subjetiva en los procesos de trabajo.

4.3 Obstáculos en la implementación del apoyo matricial.

En relación a las dificultades pudieron identificarse obstáculos que se clasificaran según lo propuesto por Campos y Domitti (2007). (Ver Tabla 2)

En la tabla las mayores dificultades en relación al soporte matricial están relacionadas a los tres primeros obstáculos descritos: epistemológicos, estructurales y por exceso de demanda o escasez de recursos.

Le siguen en orden de presentación los obstáculos políticos y de comunicación. Siendo importante desta-

Tabla 2. Tabla de clasificación de los obstáculos en la implementación del apoyo matricial

Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> - Alta rotación de los profesionales - Falta de uniformidad en la estructuración de los servicios - Fragmentación de la red - Ausencia de datos epidemiológicos
Epistemológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de lineamientos claros para implementar el apoyo matricial - Falta de conocimientos/habilidades/formación específicos para el desenvolvimiento del trabajo a ser realizado - Dificultades en la coordinación de los casos y seguimiento longitudinal, re-trabajos
Por exceso de demanda o escasez de recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de profesionales y equipos incompletos - Sobrecarga de los servicios/exceso de demandas - Escasez de tiempo para cumplir con las funciones asignadas
Obstáculos políticos y de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Variación de las condiciones directivas en las decisiones políticas desde la gestión - Dificultades de comunicación entre los profesionales y la gestión
Subjetivo y culturales (pocos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia para trabajar desde la lógica del apoyo matricial - Pérdida de especificidad o clientela

Fuente: Parodi, M. (2023). Tesis "Equipos matriciales en Salud Mental". Maestría en Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas. UNR

car que no aparecieron obstáculos subjetivos y culturales, a excepción de lo señalado en un centro de salud, donde relataron dificultades en profesionales del equipo quienes se resistían a trabajar desde la lógica del apoyo matricial por “temor a perder su clientela”.

Otro aspecto de suma importancia es la falta de datos epidemiológicos y diagnósticos de situación en los barrios que permitan realizar una correcta planificación en salud mental, información que concuerda con lo planteado en los estudios locales de Gerlero et al. (2010 y 2011), Belizán et al. (2013) y Orpinell (2017). Se añade la falta de espacios de formación específicos sobre la temática, la ausencia de documentos oficiales, guías y lineamientos claros sobre la práctica del soporte de matriz, así como la escasez de incentivo por parte del estado hacia los trabajadores para realizar investigaciones en salud.

Es importante destacar que los datos arrojados por esta investigación coinciden en gran parte con lo expresado en otros trabajos sobre esta temática. Según lo planteado por Treichel, Onocko y Campos (2019), tanto en Brasil como en el contexto internacional, muchas de las dificultades evaluadas en la implementación del apoyo matricial apuntan a la falta de claridad en los profesionales de los equipos en cuanto al papel de los

servicios vinculados y también a su propia actuación en dichos servicios. Se deduce que será necesario implementar una serie de innovaciones para mejorar la consolidación y la efectividad del soporte matricial en APS.

Reflexiones finales

Para finalizar resulta importante reflexionar sobre los aportes del soporte matricial en el escenario actual de la APS. Los resultados que arroja esta investigación revelan que los equipos de trabajo de los centros de salud en Rosario desarrollan prácticas que dan cuenta que el dispositivo de apoyo matricial en salud mental se encuentra institucionalizado como lógica de trabajo habitual, más allá de las dificultades asociadas a su implementación y de las diferencias que aparecen en la historia de su devenir en las distintas dependencias.

También es necesario destacar que los movimientos instituyentes que comenzaron en la década de los años noventa, con la implementación de la estrategia de APS a nivel municipal y los movimientos instituyentes en salud mental en la provincia, propiciaron un escenario potente que permitió la consolidación de esta metodología de equipos de referencia y apoyo matricial como dispositivo de la clínica ampliada y posibilitó integrar la salud mental al campo de la salud general.

La integración del campo de la salud mental con la salud integral es posible por el aporte dialéctico entre ambos campos. Se influyen y modifican por el aporte de uno sobre el otro. En este sentido, el soporte Paideia permite la construcción de un saber-hacer transdisciplinario que se configura desde las dimensiones pedagógicas y asistenciales de este arreglo. Estas posibilidades de ampliación de la clínica y de construcciones de nuevos saberes emergieron en los datos que surgen de esta investigación, aunque por momentos no pudieron ser enunciados bajo estas denominaciones, situación que revela la necesidad de definir y construir lineamientos claros, guías y capacitaciones en esta temática.

De esta dificultad se desprenden algunos obstáculos a la hora de desarrollar trabajo conjunto entre los equipos y sus apoyadores. La falta de definición de los lineamientos de acción de cada uno en particular y de ambos en forma colaborativa provoca conflictos y resistencias entre ambos equipos. Esto también ha generado prácticas diversas en los distintos efectores de salud del primer nivel. Es allí donde también encontramos la potencia del soporte de matriz como dispositivo contrahegemónico que, con cierta plasticidad, permite adaptarse a las características singulares de cada equipo y de su territorio a cargo. En este límite difuso entre lo particular del núcleo y lo general de campo encontra-

mos una posibilidad de transdisciplina y de generación de nuevos conocimientos. Es en estos intersticios donde puede devenir un nuevo saber-hacer.

Además el apoyo matricial se configuró como herramienta eficaz para trabajar la dimensión subjetiva no solo de los usuarios sino también de los equipos que la implementaron a partir de los espacios de re-trabajo interdisciplinarios que se configuraban.

El soporte matricial posibilitó este cambio en los modelos de atención que atraviesan al primer nivel haciéndose extensivo a los efectores de mayor complejidad. Esto demuestra que este dispositivo de soporte puede implicar a toda la red ya que imprime modos de pensar la clínica desde una concepción ampliada y atravesada por la realización de los proyectos terapéuticos que requieren pensar procesos de trabajo longitudinales, integrales, que respeten la opinión y los derechos de los pacientes, implicando un compromiso mayor en la toma de decisiones de todos los actores intervinientes.

Bibliografía

Augsburger, A. C. y Gerlero, S. (2012). *La Salud Mental en Argentina: Avances, tensiones y desafíos*. Laborde libros editor.

Bardin, L. (1979). *Análisis de Contenido*. Editorial 70. Lisboa.

Belizán J. (2012). *La interconsulta médico psicológica. Lugar y función del psiquiatra en el equipo de salud mental. Diagnóstico diferencial entre patologías orgánicas y psíquicas. Diagnósticos psicopatológicos más frecuentes. La interconsulta en situaciones de urgencia. Metodología diagnóstica. Curso de formación continua en Salud Mental infanto juvenil. Módulo 5. Hospital J Vilela, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.*

Belizán, J., Borda, M., Cisneros, C., Dávila, A., Huerta, A., Quadri, A. y Rodríguez, A. (2013). Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. *Revista Investigación en Salud* 1(10), 31-59.

Bonfim, I.G., Bastos, E.N.E., Góis, C.W.L. y Tófoli, L.F. (2013). Apoyo matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45) 287 – 300. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

Campos, G.W.S y Domitti, A.C. (2007). Apoyo matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

Campos, G.W.S. (2009a). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Lugar editorial S. A.

Campos, G.W.S. (2009b). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial.

Campos, G.W.S. y Cunha, G. T. (2011). Apoyo matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4) 961-970. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

Dirección de Atención Primaria. (2003). Adscripción en los Centros de Salud. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Dirección de Salud Mental Municipal. (2008). Marco general para la incorporación de profesionales en la Dirección de Salud Mental Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dirección General de Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública. (2010). Concurso abierto para la selección de psiquiatras dependientes de la Municipalidad de Rosario. Intendencia Municipal de Rosario.

Dirección Provincial de Salud Mental. (2007). Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dispositivo de Fortalecimiento en Salud Mental de la red de Centros Comunitarios de Salud (APS). Documento de trabajo.

Dirección Provincial de Salud Mental. (2012). Dispositivo Territorial de soporte para el abordaje de Situaciones Socio-Subjetivas Complejas.

Faraone, S. y Valero, A. S., (Coords.), Rosando, E., Torricelli, F., Bianchi, E. (2013). *Dilemas en Salud Mental: sustitución de las lógicas manicomiales*. 1ª ed. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Gerlero, S., Augsburger, A. C., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud Mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuida-

do en centros de salud. *Revista Argentina Salud Pública*, 2(9), 24-29.

Gerlero, S., Etchegoyen, A. C., Duarte, M. P., Escalante, M. A., Ianowski, M. V., Mutazzi, E. C. & Yanco, D. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 1(2).

Huerta, A. (2007). Trabajo desarrollado como Psiquiatra de apoyo matricial. Distrito Noroeste, presentado a la Dirección de Salud Mental y a la Coordinación Distrital de APS, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Legislatura de la Provincia de Santa Fe. (26 de diciembre de 1991). Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91. Provincia de Santa Fe.

Ministério da Saúde do Brasil. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

Ministério da Saúde do Brasil. (2011a). Chiaverini D. H. (coordinadora). Guia prático de matriciamento echim saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.

Centro de Estudio e Pesquisa em Saúde Coletiva, pp. 219-235.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. (25 de noviembre de 2010). Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental. (2002). Documento del Primer Encuentro de Trabajadores de la Salud Mental de la Provincia de Santa Fe.

OMS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata.

OMS. (2010). *Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*.

OPS/OMS. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia sobre la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas locales de Salud*.

OPS/OMS. (2001). *La Salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del Milenio*. 43° Consenso directivo, 53° sesión del comité regional.

OPS/OMS. (2005). Principios de Brasilia: Princi-

pios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas.

OPS/OMS. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49° consejo directivo. 61° sesión del comité regional. Recuperado en: <https://bit.ly/3LerJcF>.

OPS/OMS. (2010). Consenso de Panamá, Conferencia Regional de Salud Mental.

Orpinell, F. (2017). *Alcances, límites y desafíos de la implementación de la práctica matricial de Salud Mental en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Rosario*. Trabajo Final Integrador de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología, UNR.

Prefeitura de Campinas. (2001). *Saúde mental: apoio matricial ao Paidéia*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2010). *Hacia un modelo Sanitario Integral*. Provincia de Santa Fe.

Treichel, C.A.S., Onocko Campos, R.T. y Campos, G.W.S. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>.

Notas

1. La Experiencia Oliveros se constituyó de un grupo de trabajadores de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros que durante el período comprendido entre 1996-2004 disputa y toma la dirección del hospital conformándose el Colectivo de Gestión de la Colonia de Oliveros desde donde se instituyó un proyecto denominado de Sustitución de las Lógicas Manicomiales. Este colectivo en 2001 se integra al Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental de la provincia (desarticulado en 2006) y lo que posteriormente permite el restablecimiento en el año 2004 de la Dirección Provincial de Salud Mental con la conformación de un Programa Estratégico

2. El Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental se formó a partir de trabajadores de la Colonia de Oliveros junto con trabajadores provenientes de áreas como la universidad, el arte, movimientos políticos y/o sindicales, entre otros, que abogaban por los procesos de desinstitucionalización y proponían la transformación del sistema manicomial. El mismo tenía como objetivo principal inscribir en la agenda del Estado la política de salud mental, con la urgente conformación de la Dirección provincial de Salud Mental.

