

# Propuesta para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio en Argentina: avances de una experiencia inicial

**LORENZINI, Celeste.**

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán).

Contacto: [clorenzini@anlis.gob.ar](mailto:clorenzini@anlis.gob.ar)

ORCID: 0009-0006-3804-940X

**CORDOBA, Marcelo.**

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán).

Contacto: [marcelodcordoba@gmail.com](mailto:marcelodcordoba@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-0879-0014

**Recibido:** 22/05/2025 - **Aceptado:** 06/10/2025

**Cómo citar:** Lorenzini, C., Córdoba, M., Gerlero, S., Augsburger, A.C., Interlandi, A.C. y Marro, M.J. (2025). Propuesta para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio en Argentina: avances de una experiencia inicial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 14-32

**GERLERO, Sandra.**

Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Universidad Nacional de Rosario (UNR)

Contacto: [sandragerlero@gmail.com](mailto:sandragerlero@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-0593-6070

**AUGSBURGER, Ana Cecilia.**

Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Universidad Nacional de Rosario (UNR)

Contacto: [augsburgera@yahoo.com.ar](mailto:augsburgera@yahoo.com.ar)

ORCID: 0000-0002-1461-4391

**INTERLANDI, Ana Carolina.**

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación

Contacto: [carolina.interlandi@gmail.com](mailto:carolina.interlandi@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-1886-5339

**MARRO, María Jimena.**

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán)

Contacto: [mjmarro@anlis.gob.ar](mailto:mjmarro@anlis.gob.ar)

ORCID: 0000-0002-9483-2304

## Resumen

A pesar del reconocimiento mundial de la importancia de la producción epidemiológica en salud mental, Argentina continúa enfrentando desafíos para generar información sistemática orientada a la toma de decisiones que permitan la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Este artículo profundiza en la intrincada relación entre epidemiología y salud mental, destacando las limitaciones de los abordajes epidemiológicos tradicionales y abogando por un enfoque integral que abarque las dimensiones subjetivas y contextuales del bienestar psicosocial. Con la iniciativa del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” y la colaboración del Instituto de la Salud Juan Lazarte, en articulación con el área de Epidemiología de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental, se desarrolla la propuesta en curso, presentada formalmente en septiembre de 2024, de configuración de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio a escala nacional, a partir del establecimiento de unidades centinela. El objetivo es relevar datos que permitan conocer y analizar los procesos de salud mental/padecimiento subjetivo/atención y cuidados a nivel colectivo. Se describen los elementos de la ficha epidemiológica específicamente diseñada y los componentes del sistema informático. Se

presentan los avances de la prueba piloto de la estrategia, a la vez que se problematizan ciertas tensiones epistémicas y metodológicas, identificando potencialidades. Concluimos que el proceso de implementación de una unidad centinela en salud mental representa una experiencia novedosa y, al mismo tiempo, exigente debido a la articulación entre dos campos de práctica y desarrollo heterogéneos. La potencialidad que reúne una visión compleja del objeto salud mental requiere ser acompañada de un enfoque epidemiológico y un desarrollo de la vigilancia que no la reduzca al análisis individual, sino que haga foco en esa trama de dimensiones singulares, jurídicas, familiares, socio comunitarias, que se sintetizan en la expresión del padecimiento subjetivo.

**Palabras clave:** epidemiología, vigilancia, sistemas de información, salud mental, Argentina

**Challenges in Developing a Mental Health Epidemiological Surveillance System at the Outpatient Level in Argentina: Findings from a Pilot Study**

## Abstract

Despite global recognition of the importance of epidemiological production in mental health, Argentina

continues to face challenges in generating systematic information aimed at decision-making that would enable the full implementation of National Mental Health Law No. 26,657. This article delves into the complex relationship between epidemiology and mental health, highlighting the limitations of traditional epidemiological approaches and advocating for a comprehensive perspective that encompasses the subjective and contextual dimensions of psychosocial well-being. At the initiative of the Dr. Juan H. Jara National Institute of Epidemiology and in collaboration with the Juan La-zarte Health Institute, in coordination with the Epidemiology Area of the National Directorate for a Comprehensive Approach to Mental Health, we develop the proposal, formally presented in September 2024, for the configuration of a national outpatient epidemiological surveillance system in mental health, based on the establishment of sentinel units. The aim is to collect data that will help identify and analyze mental health processes, subjective distress, and care practices at a collective level. The article describes the elements of the specifically designed epidemiological form and the components of the information system. It also presents the progress of the pilot test of the strategy, while addressing certain epistemological and methodological tensions and identifying its potential strengths.

We conclude that the process of implementing a sentinel unit in mental health represents both an innovative and demanding experience due to the articulation between two heterogeneous fields of practice and development. The potential of a complex view of the mental health field must be accompanied by an epidemiological approach and a surveillance system that does not reduce it to individual analysis, but instead focuses on the network of singular, legal, familial, and socio-community dimensions expressed in subjective suffering.

**Keywords:** epidemiology, information systems, surveillance, mental health, Argentina

## Introducción

La relevancia de los problemas de salud mental, la carga de enfermedad y padecimiento subjetivo asociada a ellos, se encuentran condicionadas por múltiples factores que abarcan, de manera interrelacionada, las desigualdades sociales, diversos conflictos sociales y otras condiciones estructurales de vida. Además, comprende las características singulares ligadas a las dimensiones subjetivas, psicológicas y biológicas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte acerca de la magnitud que poseen las problemáticas ligadas a la

salud mental, los consumos de sustancias y el suicidio, subrayando su asociación con la discapacidad y la mortalidad. En ese marco señalan que los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD) y que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la Región de las Américas y el mundo (OPS, 2023).

A escala global, existe consenso acerca de la importancia que la información epidemiológica posee para la diagramación de las políticas, la gestión de los servicios de salud mental y el desarrollo de investigaciones. No obstante, en Argentina, las fuentes de información en salud mental resultan escasamente articuladas y los registros contemplan principalmente el establecimiento de códigos diagnósticos, reproduciendo una perspectiva que reduce la salud como proceso diacrónico a un enfoque que privilegia el estudio descriptivo sincrónico de enfermedades o trastornos. Se delimita, de esta manera, un área de vacancia en términos de sistemas de información para la acción y la investigación epidemiológica. A quince años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario 603/2013, a pesar de diversas iniciativas desplegadas en las jurisdicciones que componen el territorio federal, la intersección entre salud mental y epidemiología implica una serie de desafíos aún pendientes.

El presente trabajo desarrolla la propuesta en curso para la configuración de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio, a escala nacional, a partir del establecimiento de unidades centinela en efectores del primer nivel de atención o servicios de atención ambulatoria. Este proyecto fue realizado con iniciativa del Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán) y la colaboración del Instituto de la Salud Juan Lazarte, en articulación con el área de Epidemiología de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud. Como consecuencia de un proceso de trabajo iniciado en el año anterior, fue presentado formalmente en septiembre de 2024.

De este modo, a partir de reconocer la relevancia que la producción de información posee en el campo de la salud mental, presentamos una serie de antecedentes que abonan perspectivas críticas para una epidemiología en salud mental. En segundo lugar, problematizamos ciertas tensiones metodológicas y epistémicas identificadas entre un enfoque epidemiológico tradicional y las particularidades del campo de la salud mental, que operan obstaculizando la configuración de un sistema unificado de información a nivel nacional.

Finalmente, se describe el lineamiento diseñado para la puesta en funcionamiento de la estrategia de vigilancia a partir de la instalación de unidades centinela y la compilación de datos por parte de los equipos de salud mental que allí se desempeñan, mediante el llenado de una ficha epidemiológica confeccionada a tal efecto.

### **Lineamientos conceptuales: pistas para pensar la salud mental en clave epidemiológica**

Históricamente la relación entre indicadores de salud, indicadores sociodemográficos y las personas con “enajenación mental” ha sido un campo de interés que impulsó su exploración y análisis. Ya en los primeros censos nacionales de 1869 y 1895, se contemplaban datos referidos a la población “alienada” (Sy et al., 2020). De modo que la información sobre las características sociodemográficas de la población en general y de aquellas personas con cierta condición en particular, despertó interés desde los inicios del incipiente campo de la psiquiatría y los prolegómenos de la epidemiología psiquiátrica a nivel nacional. Es con el Dr. Ramón Carrillo que a mediados del siglo XX se destierra el término “alienado” para nombrar a la “enfermedad mental” (Chiarvetti, 2008) incluyéndose, de este modo, como problemática sanitaria; es decir, como dimensión de la salud en general. Ese gesto implicaba mucho más

que un cambio de denominación. En un contexto internacional conmocionado por la posguerra se abría un nuevo capítulo que Galende (2015) ha denominado “giro a la salud mental”. Es en este momento cuando se comienzan a profundizar los estudios de la intersección entre epidemiología y salud mental.

En este marco, en el año 1973 se emprende desde el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) el programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica. El mismo, bajo la dirección del Dr. Fernando Pagés Larraya, avanza en la gestación de distintas iniciativas que abarcan desde investigaciones en psiquiatría transcultural, seminarios en antropología psiquiátrica y la realización del “estudio de prevalencia de patología mental en la República Argentina” llevado a cabo, entre 1980 y 1981 (Pagés Larraya, 1982, p. 183).

Por otro lado, desde el movimiento de la Salud Colectiva, se despliegan diversos desarrollos investigativos y teóricos hacia la consolidación de una epidemiología crítica (Breilh, 2003). Una epidemiología sociocultural fué propuesta por Menéndez (2015), en tanto que, Almeida Filho (2020) sentó las bases de la etnoepidemiología, definida en sus palabras como “una posibilidad única de comprender objetos de conocimiento que son

insubordinados al razonamiento inductivo convencional característico de la epidemiología moderna" (p.16).

Las problemáticas ligadas a la salud mental/ los padecimientos subjetivos/ su atención y sus cuidados, son procesos socioculturales que se hacen lugar en la vida cotidiana, de tal manera que su estudio involucra la comprensión de los sentidos, las significaciones y las prácticas puestas en juego, tanto por los sujetos como por sus grupos sociales de referencia. Retomando las ideas anteriores, en este trabajo se adhiere a la perspectiva propuesta por Almeida Filho (2020) cuando plantea que:

En este sentido, la investigación en salud mental debería implicar el estudio no solo de problemas mentales y afecciones relacionadas, sino también representaciones de la salud mental en las esferas de la vida, el trabajo y el ocio. Esto implica atribuir significado y sentido a las categorías epidemiológicas convencionales como riesgo, grupos de riesgo, factores de riesgo y sus efectos, así como una mejor contextualización de los modelos histórico-culturales de salud mental y sus determinantes. (p. 13)

En diálogo con los desarrollos provenientes del campo de la salud colectiva y los aportes enunciados

por Galende (1997, 2015) con respecto a la configuración del sufrimiento subjetivo, Cecilia Augsburger (2004) sienta las bases para avanzar en la configuración de un nuevo estatuto epistemológico para el proyecto de una epidemiología en salud mental propiamente dicha. En palabras de la autora:

Si se ha ganado en la comprensión de la determinación social y cultural de la enfermedad y el sufrimiento psíquico, si se han acumulado importantes conocimientos sobre las heterogéneas significaciones con que los individuos y las sociedades perciben sus problemas de salud mental, la epidemiología debe desarrollar nuevas lógicas clasificadorias que se apropien de los avances conceptuales sobre la salud mental. (Augsburger, 2001, p. 74)

Las discusiones sobre el estatuto de la salud mental, los padecimientos subjetivos y las modalidades de tratamiento y cuidado se han ampliado y profundizado en la última década, consolidándose con los aportes de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Estas cuestiones requieren constituirse en objeto de análisis y de reflexión al interior del campo de la salud mental para establecer un debate sobre la relevancia que posee la producción de información epidemiológica, de cara a la reorientación de programas, la adecuación de servi-

cios y la comprensión del proceso salud mental/padecimiento subjetivo anclados en las condiciones de vida que lo permea.

Construir un referencial heurístico que integre o propicie diálogos entre algunos aspectos epidemiológicos y de la salud mental, resulta un proyecto en progreso y que reviste cierta complejidad. Al respecto, Augsburger y Gerlero (2005), plantean una tensión sustancial entre ambas perspectivas, que parte del reconocimiento de la exclusión de la dimensión subjetividad por parte de los enfoques epidemiológicos clásicos; cuestión que, en primera instancia, pareciera alejar a ambos enfoques.

Resulta adecuado recordar que, si bien la epidemiología ha sido definida como “el abordaje de los fenómenos de la salud-enfermedad por medio de la cuantificación” (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011, p. 13), se incorporan, en base a potentes diálogos con las ciencias sociales y del movimiento de la Salud Colectiva, otras herramientas alternativas que permiten la configuración de conocimientos sobre la situación de salud de los grupos humanos con un mayor nivel de análisis y profundidad. En coincidencia con los autores ya citados, se plantea que la epidemiología realiza invalúables aportes “en la consolidación de un saber científico sobre la

salud humana, su determinación y consecuencias, subsidiando ampliamente las prácticas de salud” (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011, p. 15). Es decir que, la epidemiología como campo de conocimientos munido de variados recursos metodológicos, aporta o aplica tanto al análisis de los determinantes de salud-enfermedad, de las situaciones de salud, así como a la evaluación de tecnologías y a procesos en el campo de la salud.

La salud mental en tanto constructo teórico complejo, incluye múltiples dimensiones que se corresponden a diversos niveles de análisis (macro, meso y micro) que no pueden reducirse a patologías o enfermedades diagnosticadas, y menos aún a las situaciones que motivan una consulta con los servicios socio sanitarios, ya que los malestares subjetivos suelen estar transversalizados por diversas inequidades sociales. Por otra parte, abonan a la integralidad del campo, las particularidades propias de lo “psi”, que involucran la pluralidad de marcos teóricos profesionales, diversos criterios de evaluación diagnóstica y el desafío clínico de categorizar procesos psicosociales intersubjetivos.

En el contexto de Argentina, las diferencias jurisdiccionales y la heterogeneidad de los dispositivos asistenciales contribuyen a la dispersión de la información. En este sentido, Gerlero et al. (2010) a partir de la realiza-

ción de un estudio multicéntrico que analizó diversas jurisdicciones provinciales advirtieron que:

Los datos obtenidos revelan que la información epidemiológica producida por los organismos sanitarios gubernamentales es escasa y fragmentada, lo cual ocasiona un desconocimiento de la situación de salud mental de la población en el país. Al describir algunas de las características socio-epidemiológicas de la población usuaria de servicios de salud mental, se observa que la información de cada área es dispar, incompleta y se encuentra segmentada por institución, lo que impide componer un cuadro de síntesis del conjunto de las provincias. (p. 28)

En este contexto nos preguntamos ¿de qué manera la visión epidemiológica podría aportar a la construcción de conocimientos sobre la situación de salud mental, desde un enfoque que respete la complejidad del campo y las relaciones entre lo colectivo y lo singular? Asumiendo el desafío de configurar una herramienta que nos permita construir conocimiento epidemiológico acerca del proceso salud mental/padecimiento subjetivo/atención y cuidados a nivel ambulatorio, elaboramos una estrategia de vigilancia epidemiológica que intenta superar la fragmentación y dispersión existente. Su objetivo general es identificar y caracterizar la

demandas de atención ambulatoria por razones ligadas a la salud mental (padecimiento subjetivo), de forma continua, en unidades centinela, a través de una planilla de registro conforme a los procedimientos establecidos para la notificación y el análisis de la información.

Subrayamos que la estrategia intersecta o complementa los sistemas de registro en salud mental utilizados en los diversos niveles jurisdiccionales, añadiendo valor al pretender generar información oportuna, con cobertura en el territorio nacional, que incorpora dimensiones claves involucradas en la emergencia de la problemática de salud mental, contemplando asimismo la palabra de quienes padecen, materializada en el motivo de consulta. Entre estas dimensiones clave, se destacan las condiciones de vida y los escenarios de inclusión socio comunitarios.

A nivel internacional, se registran antecedentes de desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental, con algunas variaciones en la definición del evento, en países tales como Canadá (Public Health Agency of Canada, 2015), Nepal (Jha et al.; 2018) o Francia (Motreff et al., 2024).

La realización del primer censo nacional de personas internadas por razones de salud mental en el año 2019,

la incorporación en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVS) y el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) de los intentos de suicidio como eventos de notificación obligatoria en el año 2022 y el Registro de personas internadas por motivos de salud mental (RESAM), cuya obligatoriedad se implementó desde el 2023, consolidan un recorrido iniciado hace mucho tiempo. Es un camino rizomático que presenta diversas intensidades, planos y dimensiones, a la vez que algunos puntos de convergencia, espacios interseccionales y bifurcaciones.

### **Vigilancia Centinela en Salud Mental: una estrategia metodológica**

Los/as profesionales que intervienen en los efectores de salud, en este caso especialmente en los servicios de salud mental, registran permanentemente en los sistemas de información institucionales o locales, lo relativo a las consultas y las prestaciones que realizan. No obstante, suelen percibirlo como una tarea más que tienen que hacer, ajena a los procesos de cuidado y sin encontrarle un beneficio sanitario que los/as implique activamente. Diversos son los motivos que contribuyen a esta dificultad de apropiación sobre la producción de información poblacional ligada a los eventos de la subjetividad. Entre estos, pueden mencionarse, la co-

existencia de heterogéneas perspectivas teóricas que sustentan el campo de la salud mental, la imprecisión acerca de cómo se definen los sucesos de malestar y/o bienestar subjetivo, la preeminencia de un enfoque individualizado para la organización de los servicios de sanitarios, sumado a las complicaciones y obstáculos en el diseño de instrumentos adecuados para construir evaluaciones y diagnósticos de la situación de salud mental en las comunidades.

Pese a estas tensiones, la vigilancia epidemiológica permite que las/os integrantes de los equipos se re-apropien de los datos que producen a través de la obtención de información de forma oportuna, fiable y de calidad, cuya finalidad está íntimamente ligada a la acción. Para lograr dichos objetivos, una de las estrategias con las que se cuenta es la creación de distintas unidades centinela, encargadas de compilar datos por largos períodos de tiempo, con calidad constante y comparable.

En el campo de la salud pública, la vigilancia epidemiológica se refiere a la recolección, análisis, interpretación, disseminación continua y sistemática de datos sobre la salud (OPS, 2002). En tal sentido, implica un conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable sobre el comportamiento de eventos

de salud-enfermedad de la población y los factores que los condicionan, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población (MSAL, 2013).

Resulta adecuado explicitar que la vigilancia centinela surge a efectos de sortear ciertas dificultades que presentan los sistemas de información en salud, siendo una metodología sencilla, ágil, económica, específica y oportuna. Esta estrategia permite además la identificación de un mayor número de variables de los eventos bajo vigilancia, lo cual favorece el mejor análisis de sus características. En este sentido, las unidades centinela proporcionan una alternativa a la vigilancia de base poblacional dado que permiten caracterizar los eventos en estudio y monitorear las problemáticas en términos de su tendencia, así como la efectividad de las acciones de prevención, siendo un sistema más flexible, de menor costo y complejidad que las estrategias de base poblacional (OPS, 2002). Además, posee las ventajas y potencialidades de enfatizar el monitoreo de las condiciones de vida, identificar los contextos en que se desarrollan los procesos reproductivos de la vida social, así como, brindar información relativa a los cambios y transfor-

maciones que se producen en los grupos poblacionales (Samaja, 1996).

En este escenario se enmarca la diagramación de la estrategia de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio que aquí presentamos, y que se despliega a partir del establecimiento de unidades centinela en servicios que presten atención ambulatoria por cuestiones ligadas al padecimiento subjetivo. A los fines de su implementación, se llevó a cabo una prueba piloto durante el último trimestre de 2024 y el primer trimestre de 2025, en diferentes jurisdicciones de Argentina.

Tal como hemos mencionado, partimos de la necesidad de comenzar a conocer sistemáticamente las características de la demanda/motivos de consulta y sus dimensiones condicionantes, atendiendo a los fines de generar información epidemiológica en salud mental, como aporte al despliegue de estrategias territoriales en el campo, por parte, tanto de los integrantes de los equipos y servicios como de los decisores políticos.

Concebir los sistemas de información en salud mental y sus productos derivados como un insumo estratégico para los equipos que lo producen, implica un compromiso con la democratización de la información.

Se pretende, asimismo, en el largo plazo colaborar en la consolidación de un sistema unificado de información y vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel nacional, dado el interés que ha despertado la propuesta en las instituciones participantes.

La información generada por estos sistemas posibilita, en el marco de una tarea interdisciplinaria e intersectorial, la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

El funcionamiento de la unidad centinela contempla tres componentes cuyas tareas diferenciadas posibilitan la construcción de la información epidemiológica. En primer lugar, el componente clínico involucra las acciones referidas a la atención en salud mental, en que se detecta el evento, se realiza la entrevista de primera vez o de admisión y se completa la ficha de vigilancia epidemiológica. En segundo, el componente estadístico implica las actividades de control de calidad del llenado de las fichas, la recuperación de datos faltantes y la carga al sistema informático, realizando asimismo análisis preliminares de la información. Finalmente, el componente epidemiológico comprende la generación de reportes epidemiológicos y la configuración de alertas, lo cual garantiza la intervención del área de salud mental

en los eventos notificados que lo requieran según los contextos sociales y territoriales de emergencia.

Estas partes se articulan de manera dinámica y flexible, requiriendo del compromiso y corresponsabilidad de cada una de las dimensiones del sistema.

### **El sistema informático para almacenar y procesar los datos de la unidad centinela**

Para la concreción de este proyecto, se desarrolló una herramienta informática que da soporte al sistema de vigilancia epidemiológica, actualmente funcionando en un servidor de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS-Malbrán). Es un sistema web cuyas herramientas de desarrollo son Python y MySQL como motor de base de datos. El mismo posee un sistema de seguridad de los datos y se han creado distintos perfiles de usuarios para el acceso y gestión diferenciada de funcionalidades: usuario centinela; usuario jurisdicción-referente de epidemiología; usuario instituciones organizadoras y usuario INE como responsables generales de la ejecución del proyecto.

El sistema informático, además de permitir el registro digitalizado de los eventos, posibilita la generación de un reporte epidemiológico mediante el es-

tablecimiento de cruces de variables definidos por los distintos equipos, incluidos los integrantes del efector de salud unidad centinela, facilitando así una exploración flexible y orientada a las necesidades locales. Tal como se ha señalado, cada unidad centinela cuenta con un acceso personalizado al sistema, lo que le permitirá consultar su base de datos completa garantizando de ese modo una gestión autónoma o gobernanza sobre la información producida por el propio efector. Además, la visualización de la información estará disponible en formatos tabulares y gráficos, lo que favorece la interpretación rápida y la toma de decisiones sustentadas a partir de la generación de reportes epidemiológicos.

### **La ficha epidemiológica: sus dimensiones principales**

La unidad centinela opera básicamente sobre la articulación de los componentes clínico, estadístico y epidemiológico antes detallados, y se pone en funcionamiento a partir que un profesional realiza una entrevista de primera vez o admisión en salud mental y compila (al finalizar o durante la prestación) la ficha epidemiológica construida a tal efecto, la cual se detalla a continuación. Todo sistema de vigilancia epidemiológica involucra una definición de caso. En esta propuesta, el evento a vigilar fue establecido como

“toda asistencia/atención, derivada o espontánea, de primera vez con el servicio de salud mental”. En base a esa definición, la ficha contempla cinco dimensiones a explorar, que, en su integralidad, configuran lo que denominamos consulta en salud mental.

Luego de la definición del evento, la ficha epidemiológica inicia con la primera dimensión referida a la identificación de la institución centinela a partir de su número en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), para pasar luego a la segunda dimensión a explorar y que remite a la identificación de la persona consultante. Al respecto contemplamos fecha y lugar de nacimiento, sexo, género y etnia. La variable étnica fue tomada de la propuesta del Tejido de Profesionales Indígenas (Aspiroz Cleñán, 2020).

La tercera dimensión que se registra pretende dar cuenta de las condiciones de vida. Al respecto, se incluyeron diversas categorías referidas a la situación laboral, educación, hacinamiento, seguridad social y tipo de cobertura de salud. Las preguntas fueron tomadas de cuestionarios validados y provienen de las cédulas censales, la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2019).

Las condiciones de vida son un constructo conceptual compuesto por la combinación de un conjunto de indicadores que nos permiten describir y caracterizar, en términos de acceso a bienes y servicios, la situación social de la persona y su grupo de pertenencia (INDEC, 2019). El acceso a esas dimensiones, o su déficit, expresa el cumplimiento o no de derechos básicos imprescindibles para la protección y promoción de la salud mental. De ese modo, las carencias o déficits que estas puedan presentar se expresan como inequidades en salud y comprometen los cuidados de la salud en general y de la salud mental en particular (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2019).

En cuarto lugar, exploramos la dimensión inclusión socio comunitaria, partiendo de considerar que las redes socio afectivas en las que se insertan las personas pueden constituirse como factores protectores de la salud mental.

La quinta dimensión a completar se denomina información clínica. Ésta ha sido elaborada conceptualmente sobre la base de diálogos con integrantes de equipos de salud mental que se desempeñan en servicios ambulatorios, tanto del primer nivel de atención como de servicios en hospitales generales. Asimismo, incorporamos como antecedentes relevantes investiga-

ciones, estudios y experiencias que desarrollan a nivel nacional en tanto prácticas novedosas en el campo. Entre estos recuperamos las categorías de análisis desarrolladas a partir de una experiencia de sistematización para una epidemiología del sufrimiento en el primer nivel de atención desplegada por un equipo de salud en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la ciudad de Buenos Aires (Wagner, 2022).

Con base en esas referencias, la dimensión de información clínica se construye a partir de aquello que la persona consultante expresa como origen de la demanda de atención o intervención y que, a posteriori, mediante la intervención técnico profesional, se configura como motivo de consulta. En otras palabras, partimos de recuperar lo más textualmente posible lo que el/la consultante manifiesta, acotando al mínimo la interpretación profesional. Visibilizando de ese modo el proceso implícito en la codificación de salud mental, mediante el cual un profesional traduce las manifestaciones de sufrimiento subjetivo expresado en términos de signos y síntomas hasta arribar a un diagnóstico, de manera que se pueda recuperar esa dimensión subjetiva que permite singularizar el sufrimiento y las condiciones socioculturales que lo permean y coadyuvan a su producción.

La dimensión clínica en la ficha epidemiológica comienza caracterizando si la consulta parte de una demanda espontánea o de una derivación. Si fuera una consulta por derivación, se explora la institución que la realizó aclarando el área/campo de actuación al que pertenece. Con posterioridad a la definición de la consulta, se encuentra el campo abierto “motivo de consulta” para especificar, desde el punto de vista de la persona consultante, aquello que la motivó a solicitar un turno con salud mental para realizar la entrevista de admisión o primera vez. Como fue mencionado, quien completa la ficha deberá escribir textualmente lo que la persona consultante expresa como aquello que la motivó. Luego, para avanzar en el proceso de codificación de los profesionales intervenientes, se categorizan los motivos de consulta desde la perspectiva técnico asistencial en diez tópicos, que son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en los servicios ambulatorios, más un campo abierto donde especificar otras situaciones no contempladas.

Las situaciones que motivan el contacto con el servicio de salud mental y pueden condicionar la generación de padecimiento subjetivo son: consumos problemáticos, ansiedad y depresión, las violencias y sus diversos tipos (incluimos violencia familiar, de género, entre pares, violencia institucional y aquellas ligadas a la des-

protección estatal). Otras cuestiones que pueden llevar a la consulta son las referidas al maltrato infantil y el abuso sexual infantil presente o previo, los intentos de suicidio y las autolesiones, la discapacidad, la separación/divorcio y la separación de la pareja parental. Se incluyeron también, como puntos que pueden estar vinculados con la generación del sufrimiento, la muerte de un referente afectivo y la pérdida del trabajo o el desempleo.

Se arriba de ese modo al último ítem que compone la información clínica, donde incorporamos los códigos F (trastornos mentales y del comportamiento) y Z (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) del sistema de codificación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (OMS y OPS, 2008), vigente a nivel nacional para el registro en el subsistema público de salud y salud mental. Lo/as profesionales que completan la ficha epidemiológica pueden colocar hasta tres códigos diagnósticos, que serán correlativos/homólogos a lo escrito en la historia clínica y/o el sistema de registro que utilicen en cada jurisdicción.

Dado que la estrategia se encuentra en etapa de pilotaje, la ficha epidemiológica está a prueba, por lo cual

el instrumento cuenta con un gran campo de observaciones favoreciendo que los/las integrantes de las unidades centinelas puedan allí desplegar las sugerencias o comentarios que consideren necesarios.

Cabe señalar que, con el objetivo de mejorar la validez interna del instrumento de registro de datos, se diseñó un instructivo para acompañar el llenado de la ficha epidemiológica, que incorpora definiciones conceptuales y operacionales de las variables a las que refieren los campos del formulario. Asimismo, dicho documento apunta a sostener la conformación y el desempeño de las unidades centinela, al incluir la caracterización de los componentes claves que hacen al funcionamiento de la estrategia de vigilancia.

### **Avances en la implementación**

Configurar una propuesta como la que estamos desplegando ha implicado incontables reuniones, debates y la puesta en común de disensos, diversos criterios e ideas hasta llegar a puntos de acuerdos o consensos. Proceso al que se suman articulaciones interinstitucionales y diálogos con integrantes de equipos de salud mental pertenecientes a distintos niveles de gestión sanitaria y de diversas jurisdicciones. De esta manera, se pone en valor el rol de estas estrategias en la toma de

decisiones y el diseño de las políticas públicas en este campo, fomentando a su vez la adherencia a las mismas.

Luego de varios meses de trabajo colaborativo con diversos actores sociales del campo de la salud mental, el lineamiento de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental Ambulatoria se presentó formalmente el 30 de septiembre del año 2024. En ese momento se consolidó la configuración de la primera unidad centinela denominada “Lic. Laura Bonaparte” que corresponde al Hospital SAMIC El Calafate, donde dimos inicio a la vigilancia. A partir de la presentación de la propuesta y la puesta en funcionamiento de esta primera unidad centinela, pionera en la vigilancia en salud mental en servicios ambulatorios, las jurisdicciones comenzaron a realizar consultas solicitando información acerca de los requisitos para incorporarse al proyecto.

Las unidades centinela en salud mental son una respuesta posible a un amplio abanico de interrogantes vinculados a la epidemiología y la salud mental. Es por tal motivo que esta estrategia nace de una necesidad sentida por parte de diversos actores del campo de la salud mental. Al respecto, resulta significativo destacar la potencia producida en los encuentros con los equipos de salud mental y de epidemiología de cada jurisdicción. Estas instancias de trabajo conjunto propician

el debate y la articulación entre ambas áreas sanitarias, posibilitando la puesta en común de las diversas aristas implicadas en el registro de las problemáticas ligadas a las consultas en salud mental y su convergencia en análisis locales acerca de los puntos críticos sobre la producción y gestión de la información en el campo.

La puesta en marcha de las unidades centinela implica la realización de un taller de capacitación virtual, con encuentros sincrónicos, para la adecuada compilación de la ficha epidemiológica, acompañamiento y supervisión del funcionamiento de la unidad centinela. Asimismo, el llenado de otro instrumento, la ficha operativa, le permite a cada unidad centinela describir desde su inclusión institucional hasta las características de la población bajo cobertura y el circuito atencional. Esta cuestión permite explicitar a modo de flujo grama, las dinámicas involucradas en el proceso de vigilancia.

Desde el segundo semestre de 2024 nos encontramos fortaleciendo el proceso de vigilancia en cinco unidades centinela distribuidas en cada una de las regiones del país. El funcionamiento de estas unidades centinela se enmarca en el desarrollo de la prueba piloto, de seis meses, luego de lo cual se llevará a cabo el análisis de los datos exportados del sistema, utilizando el lenguaje R versión 4.2.2 (R Core Team, 2022) y el análisis de con-

tenido para los campos abiertos o cualitativos. A largo plazo, se pretende extender la implementación de unidades centinela a todo el territorio nacional, buscando generar información sistematizada representativa de los diferentes contextos socio-sanitarios de Argentina, con el fin de propiciar una gestión en salud mental basada en el conocimiento situado y fiable.

## Conclusiones

El proceso de implementación de una unidad centinela en Salud Mental, representa una experiencia novedosa y al mismo tiempo exigente, debido a la articulación entre dos campos de práctica y desarrollo heterogéneos. La herramienta propuesta, usualmente reservada para episodios agudos o problemas de salud transmisibles, es reformulada y aplicada para identificar eventos en problemáticas de salud mental en la comunidad. La taxonomía elaborada para el registro de las consultas genera una delimitación de caso propicia para la heterogeneidad teórica vigente en el campo de la salud mental en el ámbito nacional. Esto señala la diversidad con las propuestas estandarizadas de las clasificaciones de uso internacional extendido. Pese a ello se reconoce la importancia de establecer eventos conforme a los marcos particulares y locales de las poblaciones en estudio. La iniciativa se adecua a relevar

las problemáticas emergentes en el sistema nacional de salud mental.

El contexto de postpandemia, caracterizado por una acentuación de las problemáticas de salud mental a escala global moviliza la búsqueda de información que permita trazar patrones y tendencias de los problemas epidemiológicos en la población. Esta inquietud y preocupación, que lleva ya más de 40 años, asume a escala nacional particular interés por el proceso paulatino y sostenido de transformación de las prácticas, y de las instituciones destinadas al cuidado de la salud mental, proceso que se institucionalizó a través de normas jurídicas. De allí que la potencialidad que reúne una visión compleja del objeto salud mental requiere ser acompañada de un enfoque epidemiológico y un desarrollo de la vigilancia que no la reduzca al análisis individual, sino que haga foco en esa trama de dimensiones singulares, jurídicas, familiares, socio comunitarias, que se sintetizan en la expresión del padecimiento subjetivo.

A pesar de las limitaciones que reconocemos en la información generada mediante la estrategia de unidades centinela en el campo de la salud mental, así como las dificultades propias de la implementación y sostenimiento en el tiempo, el compromiso de profesionales y servicios junto a la magnitud de los problemas del

campo conducen a condiciones de necesidad para el desarrollo de la propuesta en el territorio nacional.

Como conclusión provisoria de la experiencia iniciada que se transmite en este trabajo, se debe destacar la tarea coordinada de instituciones que, con distinta finalidad y localización, comparten el esfuerzo de pensar conceptual y operativamente una estrategia epidemiológica orientada a avanzar y mejorar la salud mental de los diversos grupos sociales.

## Bibliografía

Almeida Filho, N., y Rouquayrol, M. Z. (2011). *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial.

Almeida-Filho, N. (2020). Ethnoepidemiology and mental health: Insights from Latin America. *Salud Colectiva*, 16, e2786. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>

Azpiroz Cleñan, V. (2020). Tejido de profesionales indígenas en Argentina. Salud intercultural. Incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19. En G. Prado y P. Torres (Comp.), *INTEGRADO. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina*.215-241. MT Editores.

Augsburger, C. (2001). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, (81), 61-75.

Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200009>

Augsburger, A. C., y Gerlero, S. S. (2005). La construcción interdisciplinaria: Potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIRÓS, Revista de Temas Sociales*, 9(15).

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: Una asignatura pendiente. Sobre el artículo: Hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 167-171.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.

Gerlero, S. S., Augsburger, A. C., Duarte, M. P., Escalante, M. A., Ianowski, M. V., Mutazzi, E. C., y Yanco, D. I. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 24-29.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *4ta Encuesta Nacional de Factores de riesgo. Resultados definitivos*. INDEC y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. <https://biolinkit.com/6b0xeyu>

Jha, A. K., Ojha, S. P., Dahal, S., BC, R. K., Jha, B. K., Pradhan, A., Labh, S., y Dhimal, M. (2018). *A report on pilot study of national mental health survey, Nepal*. Kathmandu: Nepal Health Research Council. <https://bit.ly/4nE0kIV>

Menéndez, E. L. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013, marzo). *Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud en el nivel local*. <https://bit.ly/4qHSuKK>

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Municipalidad de Rosario. (2019). *Propuesta de registro*

*de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud.* <https://bit.ly/4opcH6B>

Motreff, Y., Marillier, M., Saoudi, A., Verdot, C., Seconde, L., Pognon, D., Khireddine-Medouni, I., Richard, J.-B., Kovess-Masfety, V., Delorme, R., Decio, V., Perrine, A.-L., El Haddad, M., Gallay, A., Monnier-Besnard, S., Regnault, N., y Enabee Study Group. (2024). Implementation of a novel epidemiological surveillance system for children's mental health and well-being in France: Protocol for the national "Enabee" cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e57584. <https://doi.org/10.2196/57584>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades.* OPS. <https://bit.ly/4ogmb3S>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos.* OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>

Pages Larraya, F. (1982). Bases para un estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 28, 183-193.

Public Health Agency of Canada. (2015, mayo). *Report from the Canadian chronic disease surveillance system: Mental illness in Canada, 2015.* <https://bit.ly/47V7bCO>

R Core Team. (2022). *R: A language and environment for statistical computing.* R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Samaja, J. (1996). Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinela. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3), 309-319.

Sy, A., Naszewski, M., Pierri, C., y Barrio, A. L. (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX.* Editorial Teseo.

Wagner, G. (2022). Aportes para pensar una epidemiología del sufrimiento y sus condiciones de producción. Una experiencia en el primer nivel de atención. En A. Michalewicz (Autor y comp.), *En abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias. Integralidad, cuidado y subjetivación.* 107-128. Noveduc.