

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer la actividad profesional de los equipos de Salud Mental en instituciones públicas a nivel municipal y provincial en la ciudad de Mar del Plata, y la influencia de concepciones teóricas, factores políticos y económicos sobre la misma. El carácter cualitativo de esta investigación lo dio el tratamiento de datos obtenidos mediante entrevistas y encuestas, dirigidas a informantes claves, profesionales de los Servicios de Salud Mental que conformaron la muestra y una autoridad en Salud Mental a nivel municipal. El carácter cuantitativo del trabajo lo dio la interpretación de datos correspondientes a censos, estadísticas, presupuestos e investigaciones efectivizadas en los últimos años.

Las motivaciones que nos han llevado a la elección de esta temática han sido tanto la intención de complementar nuestra formación de grado en materia de Salud Pública, como de conocer la conformación y funcionamiento de los posibles espacios de inserción profesional del psicólogo y otros trabajadores de la salud en nuestra ciudad; entendiendo que es el Estado quien debe garantizar el acceso al derecho a la salud.

El atravesamiento principal de este trabajo es la concepción de la Salud Mental como construcción social y cultural de naturaleza polisémica y polémica (Vainer, 2007), constituyente de una amplia variedad de prácticas productoras de subjetividad. Pese a la complejidad y heterogeneidad –en cuanto a problemáticas, actores sociales e institucionales (Saidón &

Troianovski, 1994)- que caracteriza el uso del término, concordamos con lo propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, donde se la define como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010, p.14). Y vinculado a este concepto nodal, se incluye en este trabajo la noción de atención tanto desde el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), como principalmente articulada dentro del proceso integral salud-enfermedad-atención.

La elección de las instituciones respondió al acuerdo de las mismas a participar de esta investigación, previo contacto con informantes claves que nos ofrecieron un panorama general sobre los posibles establecimientos a relevar; y un primer contacto con los mismos antes de la presentación del Plan de Trabajo. Por este motivo es que algunas de las que pretendimos incluir en la muestra –como es el caso de algunos Centros de Atención Primaria de la Salud y del Hospital Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti- no fueron finalmente incorporadas, dadas –particularmente en el caso del hospital- las demoras y los múltiples requisitos burocráticos para acordar su participación, por parte de la Dirección y del Comité de Docencia.

Durante el proceso investigativo nos hemos encontrado con la escasa construcción e interpretación de datos, por lo que, a partir de datos brutos hemos tenido que construir los propios. A esto se le agregó la ausencia de estudios que den cuenta de la elaboración y evaluación del impacto de las

políticas públicas en materia de salud y particularmente, en Salud Mental. Podemos pensar que tanto desde la disciplina psicológica como desde nuestra formación académica no suelen pensarse datos de esta índole en articulación con la práctica clínica. Por ello, nuestra investigación permite humildemente sentar precedentes para trabajos futuros.

Luego de un recorrido por los diversos capítulos del presente trabajo, concluimos que en la ciudad de Mar del Plata, el campo de la Salud Mental como parte del sector público de Salud reproduce la complejidad y heterogeneidad presente en los niveles nacional y provincial, constituyéndose como campo donde coexisten, antagonizan, articulan y confunden múltiples ideologías, disciplinas, cuerpos teóricos, propuestas políticas, instituciones, agentes y usuarios; reflejándose la influencia de estos factores en la práctica cotidiana de los profesionales de las instituciones públicas que brindan atención en Salud Mental.

Consideramos esta experiencia como sumamente enriquecedora, resignificando la inexistencia de ciertos datos con el valor de generarlos nosotras mismas; la falta de formación en Salud Pública con la elección de esta temática para concluir nuestra formación de pregrado; la posibilidad de repensar y construir con los profesionales el conocimiento sobre los distintos aspectos que atraviesan la Salud Mental Pública en nuestra ciudad; y sobre todo, los interrogantes a los que no pudimos dar respuesta como un impulso para seguir pensando, en el anhelo de incentivar a quienes lean esta investigación a reflexionar y salir a la búsqueda de nuevos interrogantes.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Salud Mental

*Admitamos esto por el momento.
Salud no es un concepto científico,
es un concepto vulgar. Lo que no
quiere decir trivial, sino simplemente
común, al alcance de todos.*

Canguilhem

Muchas son las investigaciones y desarrollos que han intentado definir de qué hablamos cuando nos referimos a la Salud Mental. Históricamente, adhiriendo a diferentes paradigmas, las discusiones han virado entre los binomios cuerpo-mente, salud-enfermedad, normalidad-anormalidad, inclusión-exclusión. El concepto de Salud, y de Salud Mental, es una construcción social y cultural de naturaleza no sólo polisémica y polémica (Vainer, 2007) sino también filosófica y vulgar (Canguilhem, 2004). Atravesado por posicionamientos ontológicos, epistemológicos, sociopolíticos, ideológicos y económicos, bajo su nombre se realizan una amplia variedad de prácticas productoras de subjetividad de las que pretendemos dar cuenta en esta primera parte de la investigación.

A continuación presentaremos, desde una perspectiva de elucidación crítica, un breve recorrido sobre el surgimiento del concepto de Salud Mental teniendo en cuenta cómo a lo largo de la historia, las teorizaciones y prácticas de los agentes de salud han tenido diferentes implicancias.

Orígenes del Concepto

El concepto de *Salud Mental* es un término relativamente nuevo cuyo origen se encuentra principalmente en el desarrollo de la Salud Pública y en la Psiquiatría Clínica y, particularmente, en el concepto de Higiene Mental. Saidón y Troianovski (1994) reconocen la ausencia de un sentido unívoco. Mientras que para algunos se opone a la Psiquiatría representando la superación modernizante de la misma, para otros se trata de un complejo dispositivo de control social y normalización de la vida cotidiana. También hay quienes desde lo administrativo, se refieren al conjunto de establecimientos asistenciales estatales y públicos. En otras ocasiones, representa la existencia de problemas concebidos desde la salud positiva orientada a la prevención y la educación, en lugar de considerar las prácticas en la enfermedad y lo curativo (Saidón & Troianovski, 1994).

Si bien pueden encontrarse referencias al concepto de Salud Mental como estado, previas al Siglo XX, es a partir de 1946 que se inician desarrollos técnicos como campo o como disciplina: *“extendido mundialmente en el marco de la ola modernizadora de los años '50, el término Salud Mental, albergó en su seno un conjunto de propuestas y políticas que incluían desde la prevención que retomaba los núcleos temáticos de la Higiene Mental de las primeras décadas del siglo, hasta las propuestas alternativas al dispositivo manicomial psiquiátrico, pasando por todo un abanico de propuestas tecnocráticas y normativas, modernizadoras y aggiornadas del mismo”* (Saidón & Troianovski, 1994, p.7)

El movimiento de Higiene Mental, caracterizado por su actividad parapsiquiátrica, se inició en Estados Unidos a partir de la inquietud de los usuarios y profesionales de los servicios de Psiquiatría por mejorar las condiciones y la calidad del tratamiento de personas con padecimientos mentales. El término Higiene Mental encuentra gran repercusión gracias a la descripción que realiza Clifford Whittingham Beers cuando crea el Comité Nacional de Higiene Mental en 1909, iniciando la búsqueda del reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental. Citando a Beers (1937): *“ Cuando, en 1909, se organizó el Comité Nacional, su labor principal residía en humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales.”* (Bertolote, 2008). La internacionalización de las actividades de esta comisión permitió el surgimiento de algunas asociaciones nacionales centradas en la higiene mental: Francia y Sudáfrica en 1929, Italia y Hungría en 1924; lo cual dio lugar a la creación del Comité Internacional de Higiene Mental, posteriormente reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental. Preocupado por la prevención, el Comité amplió su programa hipotetizando que el origen de los trastornos mentales se genera en la infancia o adolescencia debido a determinantes ambientales y hábitos cotidianos. Interesado en la comunidad y en la prevención sobre la curación, trató de brindar respuestas a sus necesidades a partir del reconocimiento mutuo entre psiquiatras e higienistas. En 1946 en Nueva York, la Conferencia Internacional de Salud estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS)

creando La Asociación de Salud Mental en Londres y el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en la misma ciudad. Es en 1950 cuando el Comité de Expertos de la OMS en Salud definió los términos de Higiene Mental y Salud Mental. El primero estaría relacionado a aquellas actividades y técnicas tendientes a fomentar y conservar la Salud Mental; mientras que el segundo fue concebido como condición, producto de la fluctuación de factores biológicos y sociales, que permiten al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (Bertolote, 2008).

Al realizar un recorrido histórico del binomio salud-enfermedad, la Lic. Carmen Rodríguez Salgado (1996) distingue dos utopías que encontraron su expresión en la Organización Mundial de la Salud. La primera, nació a mediados de siglo con la propia constitución de la OMS (1946), que definió la salud como “estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad”. A partir de los debates científicos que cuestionaban la noción de la salud y la enfermedad como “estado”, concibiéndolas como parte de un proceso multidimensional, esta definición fue sustituida por otra: la salud como equilibrio activo entre el hombre y su medio ambiente natural, familiar y social. Sobrevino luego la segunda utopía, emitida por la OMS como culminación de una campaña de mejoramiento sanitario: “salud para todos en el año 2000”. La conferencia sobre la promoción de la salud, organizada por la misma organización en 1991, impulsó el reconocimiento del fracaso esencial de ese objetivo. Un nuevo

acercamiento dinámico al tema de salud privilegiaría la pertinencia y adecuación de las reacciones, la flexibilidad de la adaptación, los límites de una vida digna de ser vivida, el consenso social y las circunstancias generales en las que vive el individuo evaluado. Es decir, la salud estaría vinculada no sólo con la prevención y el tratamiento o rehabilitación sino también con la promoción del bienestar. Teniendo en cuenta estos aspectos, puede decirse que es un proceso, una relación siempre en construcción y deconstrucción en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en que se le concibe, acepta y teoriza (Rodríguez Salgado, 1996; Bertolote, 2008).

Emiliano Galende en *Modernidad y modelos de asistencia en salud Mental en Argentina* (1989) plantea que el término Salud Mental surge y se difunde por el mundo, hace más de cuarenta años, como una propuesta alternativa al modelo de atención psiquiátrica. No constituye en sí un modelo de atención sino que pretende incorporar y reconocer como propios de su campo a una variedad importante de sistemas diferentes para la atención del sufrimiento mental, a la vez que dispensar cuidados y difundir valores de salud mental. Si el modelo tradicional de la atención psiquiátrica se centraba en la asistencia del enfermo, la Salud Mental se propone desde sus comienzos como una nueva forma de comprender el sufrimiento mental, promover prácticas diversas de intervención sobre el mismo, redefinir las relaciones de poder y saber entre cuidadores y pacientes, lograr la participación activa de los individuos en los procesos de atención, apuntando a la creación de un imaginario social alternativo al de la enfermedad y

basado en la comprensión de valores de salud y participación plena de los individuos, su familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad-atención.

A partir de este breve esbozo sobre el surgimiento del concepto de Salud Mental, por fines operativos/prácticos podrá observarse que utilizaremos en los siguientes apartados de este trabajo dicho término en función de la definición objetivada en los servicios hospitalarios-asistenciales como “Servicio de Salud Mental” o “Equipo de Salud Mental”, por el reconocimiento que ella misma posee en casi todos los ámbitos institucionales , recordando que no se trata de una disciplina ni especialidad -no hablamos de “Salud física”, “Salud Social”-, (Pacenza & Romanín, 2005; Bertolote, 2008).

Sin embargo, nos interesa recordar el cuestionamiento que Ardila Gómez y Stolkiner (2012) realizan al uso del término Salud Mental. Estas autoras lo discuten, oponiéndose a su ontologización y/o su generalización, pues de su enunciación confusa derivan aplicaciones en el campo. *“La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales, sólo por razones metódicas es dissociable de ellas”*. La complejidad u obstáculo epistemológico pareciera estar en “lo mental” cuando la propia noción de salud encubre profundos debates sobre la propia noción de salud que, incluso, implica la vulgaridad del concepto: *“Hagamos más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente al alcance de todos (...). Hay una profunda imbricación entre el*

lenguaje "científico" y el "común", de modo que los términos de uno terminan circulando en el otro o metaforizando en los discursos de otras ramas científicas y formando parte de prácticas sociales diversas" (Stolkiner, 2013).

Además, estos autores nos recuerdan que las corrientes y tendencias del campo de la Salud como el Higienismo mental, el enfoque técnico de Salud Pública y la Salud Comunitaria, entre otros, han sido propuestas políticas y técnicas por parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud que se han manifestado en el campo de la Salud Mental de manera particular (Canguilhem, 2004; Ardila Gomez & Stolkiner, 2012).

A pesar de los cuestionamientos al uso de esta nomenclatura del sistema de salud en tanto servicio-sector hospitalario, nos centraremos en introducir a la Salud Mental como campo y derecho universal humano que debe ser garantizado en la elaboración, implementación y desarrollo de Políticas Públicas desde el marco de Derechos Humanos.

La Salud Mental Como Campo

Sipinelli (2010) reconoce que el concepto "sistema de salud" -dividido en los sectores público, obras sociales y privado- predominante en la bibliografía metodológica es inapropiado para el abordaje de la complejidad que caracteriza a la Salud. En su lugar, prefiere sustituirlo por el concepto de campo. La médica psiquiatra Silvia De Riso (2009) define a la Salud Mental como campo a partir de la definición que realiza Pierre Bourdieu sobre los campos sociales como espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus propias leyes de

funcionamiento. Para este autor, un campo puede pensarse como una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, definidas objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital). De este modo, la vida social se reproduce en campos determinando posiciones y oposiciones que funcionan como una estructura viva y dinámica, regida por lógicas y reglas propias que permiten diferenciar unos de otros. La convergencia de actores, recursos, problemas e intereses configuran una red de relaciones que los diferentes agentes lucharán por consolidar o apropiarse (De Riso, 2009; Spinelli, 2010).

Es en este sentido que, siguiendo la postura de Bertolote (2008), pensamos la Salud Mental como sub campo de la Salud y no como disciplina científica. Es decir, la Salud Mental como espacio de producción de conocimientos y pensamientos legitimados por un marco legal-jurídico habilitador que define prácticas y modos de intervención en un plano social, regulando a los agentes y prácticas que reconoce como propias. Campo que se ha configurado como *“el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente en el campo de la Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. Como lo afirmamos en alguna oportunidad: el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse*

en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida' (Stolkiner, 2012).

Para Saidón y Troianovski (1994) pensar la Salud Mental implica realizar un recorte de este complejo y heterogéneo campo en cuanto a sus problemáticas y actores sociales e institucionales,

donde coexisten, antagonizan, articulan y confunden ideologías sanitarias y sociales; disciplinas, escuelas y cuerpos teóricos; diversas propuestas técnicas, planes y programas; instituciones asistenciales, formativas, profesionales y administrativas; prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas y rehabilitadoras; un amplio conjunto de profesionales técnicos, agentes de salud, y otros trabajadores; un conjunto de problemáticas ligadas a la cotidianeidad y los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población, al éxito y al fracaso, al bienestar y al sufrimiento, a la salud y la enfermedad, a la vida y la muerte(p.8).

La complejidad de esta convergencia se articula en un conjunto de lógicas que sustentan los diversos intereses en juego:

- § Lógica de cada corporación (profesional, gremial, sindical, científica, empresarial, pequeños grupos);
 - § Lógica de la oferta y la demanda (globalización, mercado);
 - § Lógica tecnoburocrática (de los aparatos administrativos y de los diferentes establecimientos asistenciales);
 - § Lógica de la participación (intento de reconstruir espacios colectivos)
- (2010, p.8).

A su vez, la introducción de la perspectiva de Salud Mental también implica el reconocimiento a los principales actores del campo de la salud mental:

- § La población y los individuos que demandan cuidados: los dispositivos de atención consideran al que demanda, su familia y comunidad, como partícipes activos del proceso salud-enfermedad-atención, por lo tanto los interpelan acerca de los significados y valores que ellos mismos tienen acerca de su sufrimiento o malestar.
- § Los profesionales: los criterios de Salud Mental son vehiculizados por profesionales de diversas disciplinas, incluidos los médicos, pero ya sin la hegemonía de la medicina.
- § Los servicios: el consultorio y el hospital psiquiátrico están abocados a la creación de servicios de nuevo tipo, sobre la base de tres criterios principales: a) de integración de la atención del sufrimiento mental en los cuidados generales de salud -con lo cual deben desarrollar servicios de salud mental en todos los efectores de salud-; b) de integralidad, ya que los cuidados que se presten deben abarcar a la totalidad de los problemas de sufrimiento mental que deben atenderse; c) de territorialización, en tanto los servicios deben cubrir un territorio geográfico definido y los caracteres culturales y sociales de su población deberán reflejarse en los cuidados que se brinden (Ferrari, H. & Zac de Filc, S., 2002).

Para Mario Testa (1989) el papel de la historia, la formulación de un marco teórico y la relación existente entre la ciencia y la vida cotidiana

permite pensar en la noción de campo como lugar donde se articulan saberes y prácticas, legitimados mediante el status que la sociedad le asigna. En esta línea puede decirse que se trata de un juego donde coexisten tres tipos básicos de poder que se identifican en salud:

§ Técnico. Capacidad de un individuo, grupo social o institución de generar, acceder, manejar información, principalmente: médica, sanitaria, administrativa y teórica. Los distintos tipos de información circulan en diferentes ámbitos contribuyendo, o no, al diseño estratégico del sistema sanitario; estos son: docencia, investigación, servicios, administración superior y población.

§ Administrativo. Capacidad de apropiarse y asignar recursos, siendo el financiamiento una de sus expresiones. Se identifican tres grandes subsectores: público (actividad oficial del Ministerio de Salud), privado e intermedio o semipúblico (por ejemplo, obras sociales). Cada uno tiene una forma específica de financiamiento, una modalidad de presentación de cierto tipo de servicios y una población a la que destina su actividad. Además, estos subsectores suelen superponerse entre las coberturas o desviaciones de recursos, configurando una red de servicios de gran complejidad.

§ Político. Capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses, dependiendo de las formas de conocimiento y saber, sea este empírico o científico. El autor denomina ideología a estos aspectos del saber, en tanto visión del mundo, y la práctica como constructora de sujetos. Cada una de las

formas que adopta el poder político se encuentra sustentada por una base formal que le otorga legitimidad: tradiciones, valores compartidos, leyes, funcionamiento de los aparatos de Estado, organizaciones de la población.

La Salud Mental Como Derecho

La Declaración Universal de los Derechos Humanos realizada en 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) realizado en 1966, se han referido al derecho a la salud en su Artículo 25°. Allí, se incluye a la salud en el reconocimiento del derecho de un nivel de vida adecuado, junto con la alimentación, vivienda, vestimenta, bienestar, asistencia médica y servicios sociales como seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, entre otros. Por su parte, el Art. 12° del PIDESC establece que los estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A su vez el Art. 12° del Protocolo Facultativo al Pacto de San José de Costa Rica indica que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*”

El PIDESC no posee un Protocolo Facultativo, pero existen Observaciones Generales del mencionado Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de la ONU sobre cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto. La observación número 14 del año 2000, se centra en el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. De este modo:

no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro apropiado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda apropiada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional(p.2).

El derecho a la salud debe tender a promover:

1. *Disponibilidad:* infraestructura suficiente, servicios y programas de prevención, información, vacunación, entre otros.
2. *Accesibilidad:* algunas de sus dimensiones:
 - § No discriminación.
 - § Accesibilidad y distribución física.
 - § Acceso a la información (solicitar, recibir y difundir información calificada).
3. *Aceptabilidad:* respeto por la diversidad cultural.
4. *Calidad:* capacitación y remuneración adecuada del personal y al nivel del equipamiento hospitalario y de medicamentos. Además implica el acceso a otros servicios básicos, como agua potable y servicio de cloacas (Aguilar y otros, 2008).

Es desde estas perspectivas que entendemos a la salud, y por lo tanto a la salud mental, como un derecho humano *exigible* que hace a la integridad y dignidad de las personas y, por lo tanto, debe ser garantizada por los estados puesto que la tenencia de un derecho no implica necesariamente el ejercicio pleno, su mero reconocimiento formal resulta insuficiente.

Por ello actualmente, el Ministerio de Salud de la Nación asume su responsabilidad entendiendo a la Salud Mental como parte de un proceso de salud-enfermedad que varía en los diferentes momentos de la vida a partir de diversos de factores influyentes -económicos, sociales, políticos, culturales, medioambientales- que contribuyen u obstaculizan su proceso de desarrollo bio-psico-social. Desde esta perspectiva, sus políticas en materia de Salud Mental están orientadas a promover el protagonismo de las personas en sus propias transformaciones de vida, priorizando la participación de toda la comunidad, a través de un proyecto inclusivo y de fortalecimiento de redes sociales que tiene en cuenta a los agentes de desarrollo social y económico para que las personas puedan generar su propio proyecto de vida y ser sujetos activos de su propia salud.

Marco Legal en Salud Mental

En el transcurso del presente apartado se trabajará sobre el marco legal vigente en lo que respecta a la Salud Mental en la Argentina, particularmente la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 promulgada y

sancionada a fines de 2010 y reglamentada en 2013; comparando sus principios en relación a la derogada Ley 22.914. En lo que hace al ejercicio profesional de los psicólogos en articulación con las normas vigentes, nos referiremos a la Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología; la Ley 10.306 reglamentaria del ejercicio de la actividad profesional del psicólogo de la Provincia de Buenos Aires; el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A) y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Por último, una breve consideración acerca del derecho a la salud desde el marco legal de nuestra Constitución Nacional.

Para comprender el alcance de las normativas vigentes consideramos necesario comprender la conceptualización del término Salud Mental para ellas. En la Ley de Salud Mental 26.657, Art. 3º, se define a la misma como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, implicando su preservación y mejoramiento; como dinámica de construcción social vinculada al ejercicio de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010). A su vez el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2013) entiende la Salud Mental como uno de los Derechos Humanos fundamentales, los cuales también están contemplados constitucionalmente y surgen como una construcción histórica de los pueblos apuntando a un ideal social que debe

brindarse a todos por igual, en el mayor nivel de calidad posible que solo tendrá como límite el que la ciencia establezca.

Concepción de Sujeto

Consideramos que la Ley de Salud Mental vigente marca claramente un cambio de paradigma jurídico en relación a la concepción de sujeto, entendiendo a la persona como sujeto de pleno derecho, a quien debe garantizarse el pleno acceso a la salud. La importancia de este cambio radica en que las personas usuarias de servicios de salud mental han sido históricamente invisibilizadas y marginadas del ejercicio de sus derechos, siendo muchas veces, por ejemplo, obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad. En ocasiones han visto negada la posibilidad de tomar decisiones siendo concebidas como objetos de tutela y protección; hospitalizadas durante largos períodos en centros de internación donde sufren la ruptura de sus lazos sociales; medicadas innecesariamente o en forma excesiva, entre otras cuestiones. Se revierte así, la noción de enfermedad mental como estática e inmodificable; reparando en que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza riesgo de daño o incapacidad.

Por su parte el Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2013) propone propiciar para el ser humano y para la sociedad en la que se encuentra la vigencia plena de los derechos humanos, la defensa del sistema democrático, la búsqueda permanente de la libertad, la justicia y la dignidad

social como valores fundamentales que darán como resultado una sociedad y un hombre protagonista, crítico y solidario. Concibe al destinatario de la práctica de la psicología como una persona concreta que estructura singularmente su experiencia, es decir, produce y es producido por su medio social. La persona es considerada como producto de la multideterminación de una trama de vínculos significativos representados a través de dinamismos grupales; emergentes en un contexto histórico que lo enmarca y delimita, portador de una ideología, inscripto en una cultura socioeconómica y política.

El Sujeto y El Tratamiento

La Ley 26.657 toma los principios de las Naciones Unidas, que proponen, entre otras cuestiones: la búsqueda de tratamientos lo menos restrictivos posible; la regulación de los tratamientos farmacológicos; el acceso del paciente a su historia clínica; la atención comunitaria; la conformación de equipos interdisciplinarios; la articulación de las intervenciones y el consentimiento del paciente dentro de un esquema de tratamiento. Indica que se debe brindar el tratamiento que menos restrinja los derechos y libertad de la persona y promueva la integración familiar, laboral y comunitaria (Art.7º). Se debe garantizar un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial basado en redes comunitarias privilegiando la atención ambulatoria, asistencia domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, entre otras modalidades (Art.11º). La internación se vuelve un recurso excepcional que debe ser utilizado con fines terapéuticos y ser lo

más breve posible; y durante ese lapso las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales (Art 14º y 15º). Los diagnósticos en salud mental deben considerar todos los aspectos que la constituyen y no pueden ser realizados sobre la base de un aspecto puntual, como por ejemplo elección o identidad sexual (Art. 3º). Asimismo, se plantea expresamente el abordaje de las adicciones como parte integrante de las políticas –y por lo tanto los tratamientos- de salud mental, estableciendo igualdad de derechos y garantías para las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales (Art. 4º). El énfasis está puesto en que el padecimiento mental no obstaculice el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la persona; de vivir, trabajar, ser tratado y atendido en la medida de lo posible en la comunidad en la que vive o en el lugar más cercano (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010).

El Consentimiento Informado

En consonancia con la visión de sujeto de pleno derecho e intentando preservar la autonomía de las personas es que la Ley 26.657 plantea que el usuario de servicios de salud mental tiene derecho a decidir y brindar consentimiento informado para todo tratamiento (Art. 10º). Articulando con el Código de Ética de la Fe.P.R.A (1999), el mismo propone que la obligación de obtener el consentimiento se basa en el respeto por la autonomía de las personas. A su vez el psicólogo de la práctica en la que

interviene tiene la obligación de evaluar el consentimiento y las condiciones en las cuales éste fue dado.

Si bien desde el plano legal todas estas nuevas disposiciones apuntan a un mismo centro, en diversos informes puede vislumbrarse que ya sea por falta de recursos o de iniciativa entre otras posibles causas, la realidad sería distinta a la planteada por las leyes. En un informe sobre los Derechos Humanos y la Salud Mental en la Argentina realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en 2007, queda establecido que aproximadamente 25.000 personas se encontraban detenidas en instituciones psiquiátricas argentinas; de las cuales más del 80% fueron encerradas por un plazo superior a un año, y algunas lo fueron de por vida. A su vez el 70% de los institucionalizados permanecían segregados de sus comunidades por razones sociales, y gran número de ellas no recibía medicamentos ni ningún otro tipo de tratamiento. Estas personas carecen de medios para mantenerse a sí mismas o no tienen familiares que funcionen como red de sostén, siendo esto agravado por el marcado déficit en servicios de apoyo adecuados en la comunidad. Estos servicios en caso de existir permitirían que los individuos recibieran la atención adecuada ante las primeras manifestaciones de una enfermedad mental -evitando el deterioro con el que llegan cuando son internados-, o que aquellos que han sido institucionalizados por varios años se reintegren a la comunidad.

Los Profesionales de la Salud Mental

En el Art. 8º la Ley Nacional de Salud Mental se propone la promoción de la atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario, el cual debe estar integrado por profesionales técnicos y otros trabajadores que posean la acreditación pertinente emitida por una autoridad competente. Entre las áreas, se incluye la Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería y Terapia Ocupacional, entre otras. Los artículos siguientes disponen una modalidad de atención preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. A su vez el Art. 13º plantea la igualdad de condiciones de los profesionales con título de grado para la ocupación de cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones. La intención es la de propiciar el trabajo interdisciplinario, ubicando en igualdad de condiciones a los distintos agentes de salud.

Por otra parte en dicho artículo vemos un refuerzo o la reafirmación del Art. 2º de la Ley 10.306, en el cual se habilita al psicólogo a desempeñar cargos, funciones, comisiones o empleos por designación de autoridades públicas o incluso nombramientos judiciales; así como también, detectamos en él una reivindicación en el sentido de otorgar la posibilidad a alguien ajeno a la medicina a ejercer cargos de conducción y gestión en instituciones y servicios (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 1985).

Relación Entre la Ley de Salud Mental 26.657 y la Derogada Ley 22.914

La Ley 22.914 (PEN & PLN, 1983) se restringía a regular los mecanismos de internación, siendo el poder judicial, la fuerza pública, el médico director de la institución, el responsable legal y el enfermo mental los únicos actores implicados. En este sentido, la nueva ley vigente incluye otras entidades como el Ministerio de Salud de la Nación -autoridad de aplicación-, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Crea a su vez en el ámbito del Ministerio Público de Defensa, el Órgano de Revisión con el fin de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

La Ley 36.657 puntualiza cuestiones no consideradas por su predecesora: toma recaudos para que en los procedimientos estén todos los actores en concordancia cuando se trata de una internación involuntaria, legislando así los modos de comunicación; la conformación de la historia clínica; cómo proceder ante un menor o un incapaz; cómo deben ser los establecimientos de internación. La Ley 22.914 no define qué entiende por Salud Mental, cuáles son los derechos que se deben defender en el encuadre de los Derechos Humanos, cuál debe ser la apuesta institucional en el marco de la rehabilitación, la inclusión social y modalidades de tratamiento, se basa sólo en la internación y no menciona otros dispositivos terapéuticos ni tratados internacionales.

Contexto en Salud Mental Según los Organismos Internacionales

La Declaración de Caracas de la OPS y de la OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) adoptada en 1990, critica el modelo de atención psiquiátrica implementado a nivel mundial en ese momento. La reestructuración propuesta en torno a la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria en Salud y en el marco de los SILOS permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad, lo cual implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. Estas propuestas surgen así en respuesta a los cambios coyunturales en torno a la atención de la cuestión social en general; con una fuerte tendencia a descentralizar las políticas sociales, achicando la brecha entre planeamiento, atención y población atendida (OPS, 1990).

Los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, son puntos de evaluación realizados en 2005 sobre el proceso iniciado luego de la promulgación de la Declaración de Caracas y los Principios de las Naciones Unidas. Basados en estos dos documentos, dichos principios estudian el impacto de este proceso en la región en cuanto a la reestructuración del modelo asistencial psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de protección a los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; reconociendo algunas experiencias exitosas de algunos países de la región que sirven de

referencia para la OMS en sus acciones globales. Además reconsideran las resoluciones de la OPS en 1997 y 2001, significando un gran apoyo a la Declaración de Caracas; y la declaración de la OMS y sus principios rectores que orientan la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global - incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001-.

Según el Consenso de Panamá llevado a cabo por la OPS y la OMS en 2010 -y su resolución CD49.R17-, habiendo pasado 20 años de la Declaración de Caracas, comentan entre sus preocupaciones las deficiencias en la atención de los trastornos mentales; el creciente uso de sustancias psicoactivas; la brecha existente entre la nueva legislación acorde a estos principios y su implementación efectiva; la aún insuficiente superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico en cuanto al modelo de atención. Por todo esto, instan a los gobiernos a adoptar medidas tendientes al logro de “un continente sin manicomios en el año 2020”.

Por último la Ley 26.657, en concordancia con el espíritu de estos tratados internacionales, declara prohibida la creación de nuevas instituciones manicomiales o de internación monovalente, públicas y privadas, adaptando y sustituyendo progresivamente a todas ellas por los dispositivos alternativos; insta a un incremento progresivo del presupuesto destinado a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud, promoviendo que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio; y propone la adaptación de la formación profesional universitaria a los principios, políticas y dispositivos de esta ley, haciendo hincapié en el conocimiento de las normas y tratados

internacionales en derechos humanos y salud mental, y promoviendo nuevos espacios de capacitación y actualización profesional -particularmente para profesionales que se desempeñen en servicios públicos-.

Sobre la Reglamentación de la Ley de Salud Mental

Pese a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental a fines de 2010, recién en mayo de 2013 la misma se ha reglamentado a partir del Decreto 603/2013. A principios de ese año, decenas de organizaciones -entre ellas el CELS, la Federación de Psicólogos y la Red de Usuarios y Familiares- comunicaron su preocupación por la demora en la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental. Según manifestaron los peticionantes, la demora no se debía a motivos burocráticos, sino políticos; ligándola a presiones de la corporación psiquiátrica, particularmente en su vinculación con clínicas privadas. Macarena Sabin Paz, coordinadora del equipo de salud mental del CELS, planteó que la reglamentación estuvo detenida en la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación, debido a una falta de voluntad política por sacarla adelante. Como consecuencia de esta demora, durante estos dos años no se implementaron normas como la creación del Órgano de Revisión para el monitoreo de las condiciones de internación; se continuaron vulnerando derechos humanos de los pacientes; y las personas con padecimientos mentales han seguido en los servicios de salud el circuito clásico que en muchas ocasiones culmina con la internación en establecimientos psiquiátricos (Lipcovich, 2013).

Si bien la Ley 26.657 está suscripta por Red FUV (Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental), APEF (Asociación de Ayuda al Paciente con Esquizofrenia y su Familia), FEPR (Federación de Psicólogos de la República Argentina), Apadh (Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos) y otras entidades; entre las críticas que ésta ha recibido, la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) sostuvo que debía “revisarse la Ley 26.657”, y que en ella hay “imprecisiones” y “contrasentidos”. El documento que hizo suyo APSA manifestaba discrepancias con el texto de la ley: sostenía que en caso de “falta de acuerdo del equipo interdisciplinario tratante sobre la conveniencia de una eventual internación, quien definirá la utilidad de ella en el caso concreto será el médico psiquiatra, por ser el profesional capacitado para efectuar un diagnóstico diferencial entre cuadros funcionales y orgánicos, y una evaluación del estado clínico general del paciente”. También requería que “la idoneidad y capacidad para el cargo de conducción y gestión de servicios o instituciones deberá ser encuadrada bajo los criterios establecidos en la Ley 17.132” -promulgada en 1967 por la dictadura militar de Juan Carlos Onganía-, que no sólo reservaba aquellos cargos para los médicos sino que directamente prohibía el ejercicio de la psicoterapia a los psicólogos. Por otra parte, los sectores corporativos vinculados con clínicas privadas son los que más se han resistido, en tanto la ley prohíbe la apertura de nuevas unidades exclusivas para atención psiquiátrica (Lipovich, 2013).

A pesar de las demoras, finalmente mediante el Decreto Reglamentario 603/2013, se creó la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, presidida por la autoridad de aplicación de la ley e integrada por representantes de cada uno de los ministerios. En efecto, cada Ministerio deberá afectar partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, de acuerdo con los preceptos de dicha ley (Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones, 2013).

Sobre el Derecho a la Salud en Nuestra Constitución Nacional

El marco legal sobre derechos presenta contradicciones y un progreso desigual en los diferentes ámbitos humanos, tanto en su reconocimiento formal como en su ejercicio real. A pesar de ratificar y otorgar carácter constitucional al PIDESC y el Pacto de San José de Costa Rica, nuestra Constitución Nacional no refleja el derecho a la salud que estos pactos reconocen. Con respecto a salud, si bien se ha estado trabajado en diferentes proyectos, en nuestro país no existe una Ley Nacional de Salud de carácter integral, que defina los lineamientos de la política pública en salud.

Luego de la reforma de 1994, se incorporaron a la Constitución una serie de “Nuevos Derechos y Garantías” que instauran la protección de la salud en el marco de los derechos de los *consumidores*. El Art. 42° indica: *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación de consumo, a la protección de la salud, seguridad e intereses*

económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno”(Presidencia de la Nación, 1994).

En este contexto -la salud en el lugar de objeto de consumo y los ciudadanos como consumidores-, la posibilidad de acceso depende de la capacidad de la persona de comprar bienes o servicios. Esto responde a un posicionamiento ideológico propio de las políticas neoliberales de la época, que ataca la igualdad entre las personas y pretende convertir otros derechos (como educación) y recursos en un negocio y un producto intercambiable, es decir, en un bien de consumo cuyo acceso está mediatizado por las leyes del mercado.

El Sistema de Salud Argentino

El sistema de salud en la Argentina se encuentra estructurado en torno a tres subsectores: el Estatal, en sus niveles nacional, provincial y municipal; el de Obras Sociales y el privado. Dentro de este último se encuentran las empresas de medicina prepaga (seguros privados) y una compleja red de prestadores que son contratados por el subsistema de Obras Sociales. Hay heterogeneidad en las normas particulares para cada organización, en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo. El sector estatal es de acceso universal pero atiende prioritariamente al 34,9% de la población del país que sólo cuenta con su cobertura, aunque el 40% de sus usuarios tiene cobertura de otro tipo. Las empresas de medicina prepaga cubren el 10% de la población y el resto tiene cobertura de Obra Social (55%). Existe una parte

de la población que cuenta con doble cobertura y una parte de los cubiertos por Obras Sociales acceden al sistema de seguros privados pagando un extra a partir de la reforma de los años '90 (Stolkiner, 2011).

Debido a que la motivación de esta investigación es el abordaje del subsistema público de salud, se profundizará en los diferentes apartados, en una descripción, contextualización e historización más detallada de dicho subsector.

Reseña Histórica

Según Centrángolo y otros (PNUD, 2011) la conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja y relativamente corta evolución. Desde el diseño institucional implantado en los años cuarenta en adelante, el sistema de salud argentino se abrirá camino sobre la base de un legado de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego; tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional (Belmartino, 2009).

Para del Castillo (2008), la historia del Sistema de Salud en Argentina se remonta hacia 1880, año de la creación del Departamento Nacional de Higiene, destinado a llevar a cabo obras sanitarias -sobre todo a partir de la aparición de las grandes epidemias y pandemias de la época-. Al mismo tiempo, junto a la existencia de organizaciones de caridad, de corte filantrópico y con carácter moralizante a los pobres, surgen también las asociaciones mutuales, que implementaron un sistema solidario de

cobertura. Se da en esta época la aparición de pequeños grupos sindicales que fueron el fundamento de las futuras Obras Sociales. Fue a partir de la aparición en la escena política del peronismo, que comienza el proceso de transición desde el sistema de beneficencia a un sistema que pondera a la salud como Derecho Social.

Centrángolo (2011) identifica cinco subperíodos en la evolución del sistema de salud argentino:

a) El primero, correspondiente a la década 1945-1955, se caracteriza por una planificación estatal centralizada, de acuerdo con el inicio mundial de los derechos a la salud y la universalización de la cobertura.

b) Entre 1955 y 1970, el modelo pluralista de planificación descentralizada: el Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias; además de descentralizar hospitales públicos, se sanciona la Ley N° 17.102 de hospitales de comunidad; se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado de medicamentos; disminuye el número de camas del sector público y se incrementa la capacidad instalada del sector privado.

c) Entre 1970 y 1990, la etapa de consolidación y crisis del modelo fragmentado. Desde 1970, el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia -la Ley N° 18.610 hace obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad-; con lo cual se amplía considerablemente la cobertura, al tiempo que se pone en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y

económico. Se conforma así la ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos como problema central de la política sanitaria.

d) El subperíodo de 1990 a 2001, con la desregulación de los mercados de la salud, etapa también denominada de “mercantilización de la salud”: la salud convertida en bien de consumo (Comes, 2006). Se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos. Respecto del sector salud, se argumentaba que la libre elección dotaría de mayor competencia al mercado de seguros, de forma tal que lograría una mayor eficiencia en la asignación de recursos; y que la autonomía de los hospitales públicos produciría un resultado similar, hipótesis que luego no se comprobaron en la práctica.

e) Desde 2001, se sucedieron intentos de coordinación federal de la salud pública y de reposicionamiento de la seguridad social. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria. La crisis de 2001 agudizó el impacto negativo en la salud de la población y en el sistema de salud en tanto los sectores medios y los trabajadores perdían la cobertura de las empresas de medicina prepaga y obras sociales, pasando a depender del sector estatal. Durante este período se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos. Se ha desarrollado una política nacional de medicamentos - que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y

el Programa Remediar- así como el Plan Nacer -que combina elementos de política compensatoria, expansión de cobertura e incentivos por resultados en un sistema altamente descentralizado-. Comenzó a discutirse en el Consejo Federal de Salud (COFESA) una estrategia sectorial de mediano y largo plazo, que surgiera de un consenso entre los distintos niveles de gobierno, planteada como una secuencia de reformas (y no como una modificación estructural drástica), con flexibilidad y capacidad de adaptación a los nuevos escenarios sociales (PNUD, 2011). En 2004 se anunció el Plan Federal de Salud que propuso un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y fundamentado en la estrategia de atención primaria como organizadora del sistema (Stolkiner, 2011).

Sin embargo, más allá de estos importantes logros en materia de salud pública, el sistema en su conjunto consolidó su organización fragmentada, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Se han alternado períodos donde las reformas se han orientado hacia la búsqueda de un mayor grado de descentralización con otros donde ha primado la centralización; con lo cual la provisión pública de salud no ha presentado una trayectoria lineal. El proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, según Centrángolo y otros (PNUD, 2011), a dos conjuntos de razones que no dependen, solamente, de las diferentes preferencias de cada comunidad: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud, y, por el otro, la política de salud adoptada, en cada lugar, como respuesta al propio proceso descentralizador.

La Estrategia de APS

Resulta importante la delimitación en este marco teórico del concepto de Atención Primaria de la Salud, como estrategia implementada en el marco de los intentos de revertir decisiones del período anterior de reformas pro mercado, que culminan con la crisis de 2001 (Stolkiner, Comes & Garbus, 2011).

Según la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), la Atención Primaria de la Salud es *la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables*. Siguiendo esta enunciación, en las Bases del Plan Federal de Salud se la define como *estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación* (Ministerio de Salud, 2004); así como se propone para ésta una asignación creciente de recursos. Dicha estrategia encuentra su ámbito adecuado en el modelo de médico generalista o de familia; el equipo de salud de la APS es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan en forma continuada y compartida las funciones y actividades de la atención primaria de la salud en el seno de una comunidad determinada (Marecos, 2001).

Existen según datos de 2011, 6433 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en todo el país, 54% provinciales y 45% municipales; la mayoría tienden a concentrarse en los centros urbanos. Aunque la cobertura

del sector estatal se considera de acceso irrestricto, algunos de los programas nacionales se dirigen a población sin otra cobertura, o cuya residencia es en la zona de servicio, y algunos servicios de salud municipales sólo aceptan a la población con residencia en el área.

Según Mario Testa (1996), para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena.

En documentos del Ministerio se plantea la necesidad de *superar la concepción que equipara la APS con el Primer Nivel de Atención* (Ministerio de Salud, 2003). Sin embargo, siguiendo a Alicia Stolkiner, puede reconocerse como un obstáculo de la APS la cultura “hospitalocéntrica” del sistema, motor de alto gasto en medicamentos y tecnología y del déficit en prevención y atención oportuna. En municipios o provincias donde se promueve un trabajo en equipos basado en APS, se producen mayores acciones de articulación intersectorial que en jurisdicciones donde la APS es sinónimo de un consultorio externo descentralizado de un hospital. Sin embargo, y haciendo referencia a lo anteriormente expuesto acerca de la heterogeneidad del sistema público de salud, podrían existir tantas modalidades de articulación como centros de salud en todo el país (Stolkiner, Comes & Garbus, 2011).

Panorama Actual del Subsistema Público de Salud

El sistema público de salud está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal), y presta servicios de provisión gratuita. Su financiamiento descansa fundamentalmente en fondos públicos (FIEL, 2007).

Hay en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuáles son hospitales (Repetto & otros, 2001), principalmente provinciales y sólo una mínima proporción nacionales. En cuanto a la “capacidad instalada” del subsistema, considerando como indicador la cantidad de camas disponibles, el sector público es proporcionalmente el mejor dentro del sistema (Acuña & Chudnovsky, 2002).

La organización vigente del subsector público de salud sugiere que el criterio de equidad subyacente es el de garantizar un nivel básico de atención a toda la población, admitiendo coberturas más exhaustivas ya sea por la vía laboral o a través de contratos privados. El criterio de equidad adoptado implica un fuerte compromiso con reducir la desigualdad en materia de salud -la relevancia del sector público dentro del sistema, con más de un 50% de las camas hospitalarias disponibles, da cuenta de ello (FIEL, 2007)-. En este sentido, se entiende como público al ámbito de interés privilegiado, prioritario y primordial, que por lo tanto requiere intervención del Estado. Este subsector se hace cargo de las tareas relacionadas con la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica,

enfermedades infecto contagiosas, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencia y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país (PNUD, 2011).

Dado que las provincias cuentan con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, y que en la década del '90 ha culminado el proceso de transferencia de servicios de atención sanitaria de la jurisdicción nacional a la provincial, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación se ha visto acotado (Acuña & Chudnovsky, 2002). Sus lineamientos tienen valor indicativo, de orientación técnica y concertación de políticas federales y, salvo pocas excepciones, no administra efectores en forma directa. Los gobiernos provinciales tienen total autonomía en materia de políticas de salud y son responsables de la provisión de servicios. No se cuenta con la definición explícita de un plan básico de prestaciones en ninguna de las provincias y el acceso a las prestaciones de salud de la población depende de la capacidad de producción y distribución de bienes y servicios de los gobiernos provinciales, de la estructura física, del equipamiento disponible, de la dotación de sus recursos humanos especializados y de la capacidad de gestión. Y por otra parte, la oferta asistencial responde además, a la política y estrategia de los colegios profesionales que cumplen funciones de autorregulación de sus prácticas (PNUD, 2011). En síntesis, las dificultades en la coordinación y articulación continúan impidiendo la conformación de un verdadero "sistema" de salud y atentan contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los

distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación (Ugalde & Jackson, 1998).

El Sistema de Salud en Mar del Plata

Reseña Histórica

La historia de la conformación del sistema sanitario en la ciudad de Mar del Plata se remonta a fines del siglo XIX, y está signada en sus principios por una fuerte vinculación con la religión y la caridad.

La primera instalación de tipo hospitalario en la ciudad data del año 1881, cuando el desencadenamiento de una grave epidemia de fiebre tifoidea en el disperso caserío de Mar del Plata, generó la habilitación de un hospital provisorio en la propiedad de un vecino. El precario ensayo hospitalario continuó hacia el surgimiento de la Sociedad de Socorros de Pobres, la cual instaló en las calles La Rioja y 25 de Mayo la llamada Casa de Socorros.

En 1893 surgió la idea en la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal de fundar un Hospital y Asilo Marítimo (el cual posteriormente pasó a llamarse Sanatorio Marítimo y actualmente Instituto Nacional de Epidemiología -INE-), destinado a enfermos de tuberculosis ósea en general, uno de los males de la época. En 1902 una Comisión de vecinos encabezada por Victorio Tetamanti, se decide a concretar la construcción de un gran Hospital, como continuación de la obra iniciada en 1881 por la Sociedad de Socorros de Pobres: de este modo se habilitó en 1907 el

Hospital Mar del Plata, con financiamiento por parte de la beneficencia pública y privada (Álvarez & Reynoso, 1995).

Durante la década de 1920, el acceso de los Socialistas a la Intendencia Municipal llevó a ampliar los servicios de salud hacia los barrios obreros o populares. El Intendente Teodoro Bronzini aumentó el aporte anual al Hospital bajo la condición de su laicización y la atención a *todos los pobres*. Comenzó entonces el plan de municipalización de los servicios públicos: la salud fue considerada a partir de entonces un problema político a resolver desde el Ejecutivo Municipal en el marco de un proyecto social. Concomitantemente, se impulsó la expansión de los servicios de asistencia sanitaria pública hacia los barrios, comenzando en esta época y continuando durante décadas la puesta en funcionamiento de salas asistenciales y unidades sanitarias: la creación de una Sala Asistencial en el barrio del Puerto, posteriormente elevada a Sala de Primeros Auxilios, en 1932; décadas más tarde entre 1958 y 1963, se crearon tres nuevas Unidades Sanitarias a cargo de la Municipalidad, ubicadas en los barrios El Martillo, Camet y Batán. A medida que Mar del Plata se extendió y dio lugar al surgimiento de nuevos barrios, la Asistencia Municipal también procuró seguir el mismo trayecto.

Las denominadas Leyes Sociales que comenzaron a imperar en el país a partir del primer gobierno peronista de 1946 hicieron que la estructuración económica del Hospital Mar del Plata fuese substancialmente modificada. En 1947 se suspendió el pensionado y todas las prestaciones adquirieron el carácter de gratuito. Finalmente el establecimiento fue

intervenido por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Fue en esta etapa en que el hospital Mar del Plata se convirtió en el motor y el canal a través del cual se produjeron las especializaciones y transformaciones de la salud en la ciudad. En 1977 el hospital vuelve a transformarse convirtiéndose oficialmente en el actual Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil (edificio reemplazado parcialmente en 1982, ya que se instalan las nuevas dependencias de la calle Castelli) (Álvarez & Reynoso, 1995).

Por otra parte, el Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata fue constituido durante la gestión de Ramón Carrillo como Secretario de Salud Pública (de 1946 a 1955), quien lo concibió para que sirviera a la población carenciada de una amplia región. Éste se habilitó para la atención del público en Diciembre de 1961 -obra de la Fundación Eva Perón-, ubicándose en el gran edificio en que continúa funcionando actualmente con una dotación de 295 camas, con régimen de descentralización y autogestión que cubre la asistencia de la población de Mar del Plata, actuando como centro de derivación de los 16 municipios que integran la Región Sanitaria VIII (Martínez Miqueléz, 2006). El HIGA planteaba una nueva concepción en cuanto al rol hospitalario y a su relación con la comunidad. La Reforma Hospitalaria de 1960 buscaba pasar del concepto de “Doctor de cabecera” del individuo al de “Hospital de cabecera” de la ciudad. La nueva experiencia duró hasta 1964, momento en que se pidió una evaluación del rendimiento de estos nuevos Hospitales. A causa de una serie de irregularidades administrativas y referentes al personal, el hospital fue intervenido; lo que

trajo aparejada una serie de conflictos gremiales a nivel local y también nacional, que provocaron la Derogación de la Ley de Reforma Hospitalaria en octubre de 1964, y con ella la finalización de la experiencia piloto. Muchos de los profesionales y auxiliares que habían participado de esta experiencia se agruparon en la Fundación Médica Marplatense, volcándose al ámbito privado y creando el actual Hospital Privado de Comunidad (Álvarez & Reynoso, 1995).

Panorama Actual del Subsector Público de Salud en Mar del Plata

En el sistema de salud del Partido de General Pueyrredón, y más específicamente en la ciudad de Mar del Plata, se distinguen como prestadores de servicios los tres subsectores: el público, el privado, y el de seguridad social (obras sociales). Particularmente en el subsector público, conviven tres jurisdicciones, con diversas instituciones:

a) A nivel nacional, dos institutos: el Instituto Nacional de Rehabilitación Psico-física del Sur (INAREPS) y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), con servicio de atención de tipo ambulatoria y laboratorio de estudios clínicos y epidemiológicos respectivamente, sin capacidad de internación en patologías agudas.

b) A nivel provincial, dos Hospitales Interzonales (Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil) -que además de ser Interzonales, es decir, responder a los requerimientos de la población de la Zona Sanitaria VIII, es donde se

efectúan el total de las internaciones de este subsector-, un Hospital Local y un Centro Regional.

c) A nivel municipal, dos Centros de Salud, cinco Subcentros de Salud y veinticinco Unidades Sanitarias, además de hogares, casas del niño, divisiones y programas de salud (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2010), y el recientemente inaugurado Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA). El nivel municipal representa en la ciudad el efector sin internación concentrado en la estrategia de APS, a través de estos efectores distribuidos en todo el partido. Actualmente, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, se ha creado la División Salud Comunitaria, conformada por recursos humanos de diferentes disciplinas -antropólogos, sociólogos, médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, administrativos, nutricionistas y enfermeros (pertenecientes a la planta municipal y al Programa Nacional Médicos Comunitarios) entre otros-, con el objetivo de coordinar, planificar, implementar y evaluar los programas de Salud Comunitaria dependientes del municipio. Para el desarrollo de las actividades comunitarias la División interactúa con otros actores de los equipos de salud, y con las distintas disciplinas de otras Divisiones y Departamentos pertenecientes a la Secretaría de Salud. De manera extrínseca articula con el Ministerio de Salud de la Nación (PMC y CIC), con la Secretaria de Desarrollo Social (CDI), Secretaria de Cultura (Almacenes Culturales) y EMDER (Corredor Saludable) (Municipalidad de General Pueyrredón, 2012).

La Salud Mental Dentro del Sistema Público de Salud

Reseña Histórica

La instalación de las primeras instituciones de Salud Mental en Argentina coincidió con la etapa fundacional del Estado, en la segunda mitad del siglo XIX. En este período se crean el hospital Moyano en 1854 y el hospital Borda en 1858. Hacia finales del siglo, Domingo Cabred importa las experiencias inglesas, implementa el sistema de puertas abiertas y funda la Colonia Open Door. La población de los hospicios crece explosivamente a principios del siglo XX, con el advenimiento de la inmigración. Luego, la mayoría de las reformas en Salud Mental se dan bajo períodos dictatoriales: bajo la Dictadura de Onganía, se crean los primeros centros de Salud Mental y servicios hospitalarios de Psicopatología; si bien las reformas buscadas tuvieron en la década del '60 y '70 una fuerte impronta de los movimientos reformistas europeos (Psiquiatría Comunitaria Inglesa, Reforma Psiquiátrica Italiana) -llevados a cabo en contextos políticos democráticos-, estas experiencias no sobrevivieron a la represión de la dictadura (Chiarveti, 2008).

Luego del retorno de la Democracia, la Dirección de Salud Mental trabajó en un nuevo Plan de Salud Mental. Se desarrolló en este período una intensa actividad con las provincias, la mayoría de las cuales lograron una conducción de Salud Mental diferenciada al interior del área de Salud, y que la salud mental fuera reconocida como una problemática importante para las políticas provinciales. Entre las estrategias generales de esta Dirección, se planteaba una mayor equidad en la cobertura, promoción y prevención; así

como el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental (Chiarvetti, 2008). Como contrapartida, la crisis de 1989 -que llevó a la desaparición de la Dirección de Salud Mental- y el proceso de descentralización de la década del '90, hicieron que prácticamente no queden establecimientos significativos dependientes de Nación, quedando las provincias y municipios librados a desarrollar prácticas diversas según políticas locales. Los modelos neoliberales aplicados al campo de la salud, produjeron su crítica al sistema de internación prolongado, pero en el caso de la salud mental en muchas ocasiones la motivación de algunos proyectos de “desmanicomialización” se basó en estos lineamientos puramente económicos, por su escasa relación costo-beneficio, delegando en el individuo y la familia la responsabilidad y asistencia (Stolkiner, 1991). Igualmente, muchas provincias crearon en sus propios hospitales programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes; así como hubo también provincias que encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro, Santa Fe, y Entre Ríos (Chiarvetti, 2008).

Por último, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental a fines del 2010, y su posterior reglamentación a mediados de 2013, significa un hito dentro del recorrido histórico del campo de la Salud Mental en Argentina; cuestión ya desarrollada en el respectivo apartado de este marco teórico.

El Caso de Mar del Plata

En la ciudad de Mar del Plata, el primer servicio de Salud Mental se

ubicó, como servicio de Psiquiatría, en el antiguo Hospital Mar del Plata. Al dividirse sus funciones, y correspondiendo al Mar del Plata la asignación de funciones materno infantil, este servicio se traslada al Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A), donde se encontraba trabajando inicialmente un consultorio de psicología con cinco profesionales que respondían a la demanda del hospital a través de interconsultas y consultorio externo. El consultorio de psicología se desmembró en el año 1973; y a partir de entonces se organiza en este hospital regional el servicio de Salud Mental con la inclusión de psiquiatría y psicología.

Por otra parte, en el ámbito municipal, el primer servicio de Salud Mental fue creado en abril de 1965 como servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, funcionando en el Centro Materno Infantil Municipal (IREMI) (Martínez Miqueléz, 2006). Este servicio se fue formando a partir de la propia inquietud de profesionales, creándose sobre la marcha cargos ad honorem; y focalizando en la interdisciplina y en lo infantojuvenil como un modo de prevenir e intervenir de forma temprana en las posibles problemáticas futuras en el adulto.

Según afirma la entrevistada Susana Rodríguez (2013), junto con la conformación del equipo de profesionales se desarrolló paulatinamente un área de capacitación y docencia autogestionada, y luego la formalización de las residencias de pregrado de la Facultad de Psicología dentro de este servicio municipal. La formación de los profesionales era en principio psicoanalítica ortodoxa, y conforme los objetivos fueron virando hacia un mayor acercamiento hacia la comunidad y los barrios -como Martillo Chico

(actual barrio Las Heras) y el Puerto-, se incursionó en el estudio de la teoría y práctica social, institucional y comunitaria.

El comienzo de la dictadura cívico-militar en 1976 interrumpe toda posibilidad de trabajo en las comunidades. El Dr. Galé es echado de la jefatura del Servicio de Salud Mental Municipal, y en su lugar es nombrado un pediatra. Al retorno de la democracia, toma el cargo nuevamente un psicólogo, militante radical afín al gobierno de turno. Durante este nuevo período, los equipos de Salud Mental comienzan a discutir la reapertura hacia la comunidad, al tiempo que aumenta la demanda espontánea, así como la derivación, principalmente por parte de las escuelas. Se empieza a promover la construcción de salas en los barrios, mientras que el Hospital Interzonal General de Agudos continúa siendo para los profesionales un servicio modelo, para la atención de la población adulta. Durante la Jefatura de Hugo Fascinato, en 1983, la Salud Mental en la ciudad recibió una mayor atención por parte de las autoridades, lográndose nombramiento de cargos, una ampliación del presupuesto y la compra de recursos materiales. Por otra parte, en 1986 se logra en la Municipalidad la concreción del primer concurso formal para jefatura de departamento de Salud Mental, luego de una larga lucha y de incesantes protestas y pedidos por parte de los profesionales (Rodríguez, 2013).

Según el entrevistado Fermín Más (2013), en estos tiempos, la estrategia de APS difundida en el país a partir de la pretenciosa declaración de Alma Ata, con su lema “salud para todos en el año 2000”, aunque no podría decirse que fue acompañada por un cambio profundo en las

prácticas, sí propulsó un trabajo en políticas de Salud Mental en términos de reestructuración institucional; a partir de la descentralización de la atención con la creación de numerosos Centros de Atención Primaria dispersos por el territorio de todo el Partido. Pero por otra parte, la descentralización continuó en el período siguiente, con la política menemista y el reparto a través de los decretos de desregulación de las obras sociales; lo cual restringió nuevamente el campo de la Salud Mental, ya no desde un gobierno de facto, sino desde las políticas neoliberales.

Desde la crisis de 2001 en adelante, se sucedieron al igual que a nivel nacional, intentos de coordinación federal de la salud pública y de reposicionamiento de la seguridad social. A partir de entonces, el Departamento de Salud Mental define como misión propia el logro de una mayor eficiencia en el cuidado de la Salud Mental, a través de la gestión de acciones -intervenciones, tendientes a fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la Salud Mental de la población de Mar del Plata-, en el marco de la APS. La Meta a alcanzar sería la de elaborar una planificación más eficiente para el cuidado de la Salud Mental en particular y por lo tanto de la Salud en general, cumpliendo de este modo con el objetivo de la Integralidad; considerando el sufrimiento mental como un elemento más a incluir dentro de los problemas de Salud (Martínez Miqueléz, 2006).

Dentro del sistema sanitario, el campo de la Salud Mental en particular ha sido uno de los más relegados, en cuanto a la implementación de políticas sanitarias, consideraciones económicas y asignación de presupuesto; cuestiones reflejadas a partir de datos estadísticos desde la

década de los '90 en adelante. Asimismo, actualmente Salud Mental ocupa un escaso lugar dentro del listado de programas sanitarios, áreas y proyectos, tanto a nivel nacional y provincial, como dentro del itinerario municipal. Además de una escasa asignación de recursos a las políticas en Salud Mental a nivel provincial, en el actual contexto se las coloca en primer término cuando se trata de elegir recortes presupuestarios (Stolkiner, 1991).

Por lo tanto, resulta imprescindible enmarcar las políticas de salud mental tanto dentro del escenario del desarrollo político social y económico del país y de las diversas jurisdicciones, como dentro de la fragmentación y falta de coordinación respecto de esquemas de asistencia, atención y prevención en el campo de la salud en general (Fiasché, 1994), según lo desarrollado anteriormente en este marco teórico. Esto se ve reflejado en lo que perciben en su cotidianeidad los trabajadores de los servicios de Salud Mental: crecientes dificultades, riesgos, cierto abandono e insuficiencia de políticas claras, salarios por debajo de la tarea que realizan y falta de apoyo institucional; una multitud de carencias como forma primera en que se manifiesta la política, o la *no-política* respecto a la salud mental (Pacenza & Romanín, 2005).

Gasto en Salud

Según Maceira y otros (2010), un sistema de salud debería cumplir fundamentalmente con tres objetivos: asignar los recursos de manera eficiente; brindar servicios de calidad; y garantizar el acceso equitativo al cuidado de la salud. La evidencia empírica ha mostrado que difícilmente

puedan cumplirse estos tres objetivos de manera simultánea, especialmente en países de recursos medios y bajos. Asimismo, el grado de alcance de cada uno de estos objetivos depende de la estructura de pagos seleccionada por los diversos actores del sistema. A su vez, las relaciones en el mercado de salud están condicionadas por los elementos de la oferta (infraestructura, tecnología, información disponible, acceso geográfico, marco legal, condiciones de salubridad) y de la demanda (patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de salud, habilidad y capacidad de pago) que definen la conducta de proveedores, pagadores y pacientes.

La diversidad de actores en el sistema de salud genera que el poder de negociación se presente como condicionante del nivel y la estructura de pagos que finalmente serán empleados en la relación contractual entre ellos. De este modo, el mecanismo de pago es, en parte, producto del poder de negociación de las partes que interactúan en los "mercados de salud" (Maceira & otros, 2010, p.14).

Sin embargo, pese a la supuesta falta de recursos del Estado para desarrollar su actuación en salud, las investigaciones afirman que los mayores obstáculos no serían económicos, sino referidos a la implementación de políticas que deciden el *sentido* de la utilización del gasto (Galende, 1997). En efecto, los recursos destinados al financiamiento del sector salud no son para nada desestimables: en 2008, el gasto total en salud era superior al 10% del PBI; lo que en comparación con otros países de la región resulta un nivel de gasto elevado. Ello responde, principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para

una proporción importante de la población. De todos modos, cerca de la mitad de esos recursos son gasto privado directo y, obviamente, no se integran al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplen funciones redistributivas; mientras que del resto, cerca de la mitad queda en manos de instituciones “sin fines de lucro”, pero con motivaciones difusas y sólo parcialmente reguladas. Por otra parte, la crisis económica de 2001/2002 ha tenido un impacto no menor sobre la evolución del sistema y el poder adquisitivo real del gasto en salud, lográndose una recuperación recién a partir de 2008 -fundamentalmente debido a la relación entre las variaciones del producto y los salarios reales- (PNUD, 2011).

Respecto del gasto público, las provincias tienen el mayor peso relativo, como resultado del proceso de descentralización. Dentro de los presupuestos provinciales, el destino más importante corresponde al funcionamiento de los hospitales mientras que el Estado Nacional financia organismos descentralizados (con funciones de provisión directa de servicios de salud) y programas. En efecto, el gasto público provincial en salud absorbía en promedio entre 1990 y 2008 más del 70% del gasto público del sector; contrariamente a la escasa participación que detenta el nivel nacional de gobierno (14,3%). La participación del gasto nacional creció entre los años 2003 y 2004 (pasando del 15% al 18%) en detrimento del gasto provincial, que se redujo del 70% al 67% (PNUD, 2011).

En síntesis, a pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud (cerca de 10% del PBI) son cuantiosos, la persistencia de viejos problemas -como la excesiva fragmentación del

gasto, con una escasa participación del sector público- y la emergencia de nuevos desafíos obligan a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema. Particularmente, la cobertura de los diferentes seguros es baja: y teniendo en cuenta las transformaciones respecto del empleo formal y los procesos de precarización laboral, la oferta a cargo del sector público ha sido en estos últimos años cada vez más importante. Como afirman Centrángolo y otros (2011), la oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos. Ello llama la atención sobre la necesidad de rejerarquizar el rol del gobierno nacional en la compensación de las inequidades, lo que, dada la escasa participación del gasto público nacional en el sector, parece de difícil instrumentación si no se consideran modificaciones presupuestarias y la negociación de acuerdos entre Nación y provincias para potenciar los recursos disponibles mediante incentivos en el financiamiento. Si bien existe la Superintendencia de Servicios de Salud, esta no alcanza a regular a las obras sociales provinciales, al PAMI ni al sector privado. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad (PNUD, 2011).

Con respecto al gasto en Salud Mental, como ya se ha mencionado, este campo ha sido uno de los más relegados. A fines de la década del '90, en la Provincia de Buenos Aires -la mayor del país y la que cuenta con el mayor número de internados en hospicios y colonias-, se dedicaba a Salud un 4% del presupuesto general, y de éste, sólo un 0,05% lo conformaba el

gasto total en Salud Mental (Galende, 1997). Sin embargo, la sanción y reciente reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, puede implicar -además de una resignificación de los padecimientos mentales y las prácticas en torno a la atención, tratamiento y prevención de la salud mental- una apertura hacia el campo de la salud mental dentro de la agenda política del Estado, particularmente en términos de asignación de recurso económico. En efecto, dicha ley determina que en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud; promoviendo que las provincias adopten el mismo criterio.

Una problemática propia del campo de la Salud Mental dentro del sistema público de salud a nivel municipal -al menos en el Municipio de General Pueyrredón-, tiene que ver con la falta de asignación de un presupuesto específico para el Departamento de Salud Mental. Dicho Departamento forma parte, desde lo administrativo, del presupuesto general de la Secretaría de Salud. Es decir, que la asignación de presupuesto y por lo tanto el nivel de gasto en Salud Mental a nivel municipal (constituido por los Centros de Atención Primaria de todo el partido), dependen de la decisión político-administrativa de la autoridad de la Secretaría de Salud, y en consecuencia de los pedidos y reclamos de los trabajadores de la Salud Mental, que solicitan ante la Jefatura del Departamento la ampliación de recursos.

Políticas Públicas y de Salud

Enrique Saforcada en el texto titulado *Psicología y Políticas Públicas de Salud* (de Lellis & Cols, 2006), plantea la necesidad de una humanización de las políticas públicas. Citando a Eugenio Lahera (2004), refiere que la política y las políticas públicas son entidades diferentes, pero que se influyen de manera recíproca. Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social; pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos. Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda para establecer políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas. Para lograr una humanización de las políticas, según este autor, se requiere la entrada en el orden de lo público del accionar político de los gobiernos en las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal); el diseño, gestión y evaluación de políticas públicas vinculadas con el desarrollo humano y social integral desde una perspectiva ecosistémica; y la inclusión del factor humano en todas las etapas de elaboración de las políticas públicas, así como en su legislación (de Lellis & Cols, 2006).

Si las políticas comprenden aquellas decisiones de nivel más general que -adoptadas por agencias estatales u organizaciones sociales- permiten orientar los cursos de acción deseados y movilizar recursos en relación con

los mismos, resulta necesaria su relación con la planificación, como una de las herramientas fundamentales que permite ordenar, sistematizar, prever, distribuir eficientemente los recursos y evaluar el resultado de las acciones. Por otra parte, todo proceso de planificación, ya se trate de programas de carácter acotado o más extendido en el espacio y el tiempo depende de decisiones políticas que determinan la dirección y las condiciones de viabilidad de las acciones e implican asimismo un proceso de redistribución del poder, entendido éste como capacidad de influir o modelar aspectos de la realidad social. Este enfoque, que destaca la importancia del poder en los procesos de planificación, recibe la denominación de estratégico en oposición al enfoque tradicionalmente normativo. El enfoque estratégico adopta como supuesto que la realidad social es incierta, compleja, turbulenta y en la cual una multiplicidad de actores compiten por bienes y recursos escasos y planifican a la vez sus acciones en un escenario de poder compartido (Matus, 1987). Cabe señalar que si bien las políticas públicas pueden organizarse en torno a áreas sustantivas de acción (salud, vivienda, educación, empleo, transporte, etc.), deben concebirse según un principio de intersectorialidad.

Desde este enfoque, Saforcada concibe las políticas públicas en términos de fases interdependientes y organizadas secuencialmente: percepción del problema; acción social directa; acción social institucionalizada; proceso de legitimación de la cuestión social; inclusión en la agenda pública; adopción de la Política Pública; implementación de la Política Pública; evaluación; supresión/resolución del problema (de Lellis &

Cols., 2006). En síntesis, nos referimos a un proceso que va desde la problematización, hacia la formulación, la implementación y finalmente la evaluación de la política pública.

Políticas de Salud

Las políticas de salud son decisiones desenvueltas generalmente por formuladores de políticas del gobierno, para la definición de los objetivos inmediatos y futuros del sistema de salud (DECS, 2013). Se considera como una política de salud o política sanitaria al proceso de búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas y compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes como la política fiscal, de obras públicas, de educación, agroindustrial, de vivienda, ecológicas, etc. (Marecos, 2001). La política sanitaria es la forma de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, se regula, para la búsqueda del bien común en relación con la salud de los ciudadanos.

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2012), se desarrollan en la actualidad programas y proyectos destinados en su mayoría a la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades -por ejemplo, el Programa de Lucha Contra VHI-SIDA y ETS, Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), Programa de Prevención del Asma Infantil (PROBAS), Programa de T.B.C (Tuberculosis)-, así como se observan algunos orientados a la ampliación de servicios y prestaciones o al mejoramiento de la calidad y recursos para la

atención sanitaria -Programa Materno Infantil, Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS), Seguro Público de Salud, Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud, Programa Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos, entre otros-.

En lo que respecta a planes y programas referentes al sector salud dependiente del municipio, quizás el programa más relevante desarrollado actualmente por la Secretaría de Salud en el marco de la APS sea el Programa Acercar (Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgo). Sus principales objetivos son *estimular el desarrollo de redes comunitarias, potenciar el trabajo multidisciplinario e intersectorial, promover el análisis de las relaciones de los problemas socio-sanitarios con los procesos de salud-enfermedad; para la adquisición de herramientas que faciliten el cuidado de la salud de la comunidad marplantense, con características y determinantes de salud medioambientales particulares, que se constituyen en un problema de la salud pública.* Entre las acciones desarrolladas por este programa en barrios y establecimientos educativos, se incluyen planes de vacunación; controles oftalmológicos, odontológicos y de riesgo cardiovascular; charlas y debates sobre diversas temáticas relacionadas con la salud pública. Otros programas en desarrollo dentro del municipio son aquellos impulsados desde los gobiernos nacional y provincial. Por su parte, la División Salud Comunitaria se encuentra desarrollando los siguientes programas: Programa de Desarrollo Infantil; Programa de Prevención Cardiovascular; Programa de Nutrición; Programa de Formación

de Agentes de Salud Comunitaria (Municipalidad de General Pueyrredón, 2012).

Políticas de Salud Mental

A menudo los programas de asistencia sanitaria se organizan según una lógica sectorial en la que prima la focalización en los destinatarios y el contenido de las acciones, diferenciando, por ejemplo, los programas de asistencia materno infantil o los programas de lucha contra el HIV/sida o para el control de enfermedades crónicas, de aquellos otros programas en los que se trabaja sobre el campo de lo mental y que comprenden problemáticas tales como la depresión, el alcoholismo, las adicciones, el suicidio y otros trastornos de manifestación preponderantemente mental. Sin embargo, esta disociación -si bien resulta en algún aspecto necesaria a los fines operativos y administrativos- trae como consecuencias el no reconocimiento de los fenómenos de morbilidad y los procesos psicoinmuno/neuroendócrinos; la reproducción de una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas de los profesionales; y el reforzamiento de algunos sesgos propios de las políticas públicas en general -como ser la baja consideración acerca de las configuraciones relacionales de las unidades familiares beneficiarias (y su grado de información y comprensión sobre los programas implementados), y la significación cultural que tienen las prácticas promovidas en los beneficiarios-; todos aspectos y procesos que inciden tanto en la viabilidad de las políticas de salud como en su eficacia y eficiencia (de Lellis & Cols., 2006).

Si seguimos esta lógica sectorizada y nos referimos puntualmente a políticas públicas dentro del ámbito de la salud mental, no encontramos planes o programas específicamente dirigidos a dicho ámbito. Desde el gobierno de la nación, existe ahora una Ley Nacional de Salud Mental que busca el fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria, teniendo como horizontes la inclusión y el acceso a los servicios para todos los ciudadanos. Sin embargo, no existe en la actualidad un programa nacional de Salud Mental que especifique desde la problematización hacia la planificación e implementación concreta -como referíamos anteriormente- los lineamientos generales para la concreción de estas estrategias inclusivas. Desde el gobierno de la Provincia de Buenos Aires, se desarrollan algunos programas orientados a adicciones (por ejemplo ludopatía) o a violencia familiar y de género, que pueden incluirse dentro del ámbito de la salud mental.

En lo referente al municipio de General Pueyrredón, la atención de la Salud Mental es llevada a cabo de manera integrada al funcionamiento del sistema de salud en general, en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Desde la información oficial, vemos que el gobierno municipal propone una política de Salud Mental dirigiendo su gestión hacia acciones tanto clínicas -tareas de diagnóstico, orientación, tratamiento por parte de los equipos profesionales- como comunitarias -tareas de diagnóstico comunitario a partir de datos epidemiológicos, promoción y prevención- (Municipalidad de General Pueyrredón, 2012). No obstante, con respecto a las últimas (acciones comunitarias), no existe información oficial acerca del

modo en que éstas se llevan a cabo, y tampoco se encuentran detallados programas o planes específicos de Salud Mental ya concretados o en desarrollo.

CAPÍTULO II

DIMENSIÓN METODOLÓGICA Y ANALÍTICA

Para conocer la actividad profesional de los equipos de Salud Mental en instituciones públicas a nivel municipal y provincial en la ciudad de Mar del Plata, y la influencia de concepciones teóricas, factores políticos y económicos sobre la misma, la metodología utilizada en la presente investigación tuvo los siguientes objetivos:

Objetivo General: Relevar y analizar cuantitativa y cualitativamente los factores presentes en la actividad profesional de los equipos de atención en Salud Mental de los servicios municipal y provincial en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Particulares:

- § Realizar un relevamiento institucional, a través de entrevistas y encuestas a trabajadores del campo de la salud, acerca de la identificación de factores que influyen en la forma y calidad de atención en Salud Mental.
- § Conocer los criterios de asignación y distribución de recursos en Salud y, específicamente, en Salud Mental, tanto en la región como en las diferentes instituciones y en diversos períodos, a nivel provincial y municipal; a través del análisis de los presupuestos y, si hubiera, de los planes específicos de Salud Mental.
- § Conocer las políticas públicas en Salud y, específicamente en Salud Mental, en la ciudad de Mar del Plata.

- § Comparar la percepción y los grados de concordancia entre las prácticas referidas por los profesionales y el marco legal vigente, de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la Ley de Ejercicio Profesional 23.277, la Ley Provincial 10.306, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina; y los diferentes posicionamientos frente a las mismas.
- § En función de los objetivos anteriores, realizar una comparación cuantitativa y cualitativa entre instituciones municipales y provinciales, en referencia a la modalidad de trabajo y atención de la salud mental.

Descripción del Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó en diferentes instituciones sanitarias de la ciudad de Mar del Plata que cuentan con Servicio de Salud Mental.

- § A nivel provincial: Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. Alende.
- § A nivel municipal: Centro de Salud N°2 y Unidades Sanitarias: Playas del Sur, Ameghino, Alto Camet, Libertad, Parque Hermoso y La Peregrina.

La selección de estas instituciones estuvo determinada por su carácter público, la integración de psicólogos en los Servicios de Salud Mental y la predisposición a participar de la investigación. Para ello, se pidió la colaboración y consentimiento de los profesionales y se acordaron reuniones con el fin de realizar entrevistas y/o encuestas.

Asimismo, se contactó a informantes claves que hayan formado parte del Servicio de Salud Mental en el Sistema Sanitario Marplatense o investigado acerca del mismo; y a instituciones que pudieran ofrecer datos estadísticos relevantes, entre ellas: Comité de Investigación y Docencia del Municipio de General Pueyrredón, Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón, Departamento de Estadística del H.I.G.A.

Para la recolección de datos, se diseñaron los siguientes instrumentos:

- § Entrevista semiestructurada a profesionales de Servicios de Salud Mental;
- § Encuesta a profesionales de Servicios de Salud Mental;
- § Entrevista semiestructurada a autoridades del sistema sanitario marplatense.

La encuesta y las entrevistas realizadas se confeccionaron en torno a diferentes ejes, en relación con los objetivos planteados en la presente investigación. A continuación se describen brevemente dichos ejes, con sus dimensiones.

Eje 1. Actividad Profesional

- § Cantidad de profesionales que integran el equipo de Salud Mental, cargo/ título de cada uno.
- § Modalidad de contratación (planta permanente, planta temporaria u otra).
- § Carga horaria semanal de trabajo.
- § Modalidad de acceso al cargo desempeñado.
- § Capacitación recibida y características de la misma.

Eje 2. Atención Sanitaria y Atención en Salud Mental

- § Identificación de factores o aspectos que influyen sobre la atención en el Servicio de Salud Mental.
- § Caracterización/calificación de la calidad de atención brindada por la institución y por el servicio.
- § Modalidades de atención que presta el servicio (admisión, tratamiento, internación, derivación u otros).
- § Derivaciones hacia y desde el servicio. Articulación con otras instituciones.
- § Seguimiento de los casos una vez derivados.
- § Realización de actividades de prevención.
- § Motivos más frecuentes de deserción de los tratamientos.

Eje 3. Demanda Atendida

- § Cantidad de admisiones realizadas por semana.
- § Cantidad de pacientes atendidos por semana.
- § Características y/o particularidades de la población atendida.
- § Padecimientos más frecuentemente atendidos o tratados.
- § Procedencia de la demanda de población atendida.
- § Tiempo promedio de tratamiento y/o internación de un paciente.
- § Sistematización de información sobre atención/prestación realizada, población atendida, cantidad de admisiones/tratamientos/internaciones/consultas, u otra.

Eje 4. Recursos Económicos, Infraestructura y Presupuesto

- § Descripción de la estructura edilicia e insumos o materiales con los que cuenta el servicio.
- § Conocimiento acerca de la partida presupuestaria destinada para el servicio.
- § Sueldos de los profesionales del servicio.

Eje 5. Práctica Profesional en Relación al Marco Legal Vigente

En el caso de la entrevista, se indagó acerca de las siguientes dimensiones:

- § Conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y consideración personal acerca de la viabilidad o aplicabilidad de la misma.
- § Cambios notados a partir de la sanción de dicha ley.

En el caso de la encuesta, las dimensiones a indagar se centraron en la cuestión del carácter interdisciplinario de los equipos de Salud Mental, según lo propuesto por la ley anteriormente citada. Las dimensiones fueron:

- § Definición de trabajo interdisciplinario.
- § Consideración personal acerca del carácter interdisciplinario o no de su trabajo.
- § Identificación de factores facilitadores y/u obstaculizadores del trabajo interdisciplinario en la institución.
- § Consideración personal sobre la existencia de una visión compartida por los miembros del equipo acerca del trabajo interdisciplinario.
- § Consideración personal acerca de la simetría o asimetría de las relaciones entre los miembros del equipo de trabajo.

Cabe señalar, que en la entrevista realizada a una autoridad del sistema sanitario marplatense, se indagaron otras cuestiones que podrían denominarse introductorias, enumeradas a continuación:

§ *Concepciones teóricas, ontológicas, epistemológicas:* concepción acerca de la Salud; concepción acerca de la Salud Mental; problemáticas que enfrenta actualmente el sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata.

§ *Políticas en Salud y en Salud Mental:* conformación e implementación de políticas de salud; políticas en Salud y particularmente en Salud Mental, que se desarrollan en Mar del Plata; evaluación del impacto de la política pública implementada.

§ *Planes y programas:* planes o programas municipales de salud; proceso de implementación de un plan o programa municipal de salud; articulación entre planes y programas municipales, provinciales y nacionales.

Es así como la muestra fue constituida por 8 instituciones: 7 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del nivel municipal (sobre un total de 32 CAPS, lo cual representa aproximadamente el 22% del total), y un hospital provincial (sobre un total de dos, es decir el 50% del total de instituciones de este nivel). Se entrevistó a un total de 10 profesionales (psicólogos y psiquiatra), una autoridad del sistema sanitario marplatense (Jefatura del Servicio de Salud Mental del Municipio); se encuestó a 15 profesionales de todas las especialidades que integran los servicios (psiquiatría, psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, terapia ocupacional

y trabajo social); y se entrevistó también a 6 informantes claves. Respecto de la muestra, cabe destacar que uno de los profesionales entrevistados trabaja en dos de los CAPS que conformaron la muestra (Parque Hermoso y La Peregrina); y que un entrevistado del HIGA ha completado también la encuesta.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Cuestiones Introdutorias

Concepciones Teóricas, Ontológicas, Epistemológicas

Ante la pregunta sobre cómo concibe la Salud el gobierno municipal, una de las principales autoridades, responde reconociendo, a pesar de la abundante bibliografía y conceptualizaciones al respecto, la ausencia de una definición exacta; aunque plantea un avance cada vez mayor en dirección a un concepto de salud no centrado en la enfermedad, ni por contraposición a ella.

Desde el gobierno municipal se concibe la Salud Mental en concordancia con los planteos de la nueva Ley de Salud Mental, es decir como una construcción social y en proceso, en la cual influyen diferentes variables y factores; como un concepto no ligado específicamente a la enfermedad ni al padecimiento, sino también incluyendo otras variables y otros desarrollos que tenemos como sujetos -no se especifica a qué variables y desarrollos se hace referencia-.

En relación a la identificación de las problemáticas que enfrenta actualmente el sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata, el entrevistado no puede dar cuenta de ellas a nivel general pero sí en relación a la Salud Mental. Destaca como problemáticas acuciantes:

§ Falta de médicos psiquiatras: las obras sociales no están dando cobertura como debieran en esta especialidad y, como consecuencia, las personas buscan legítimamente atenderse en el sistema público. Es una problemática muy seria, tanto en el ámbito municipal como en el provincial. Desde el Departamento de Salud Mental de la Municipalidad, en los últimos meses se ha convocado a llamados para la apertura de cargos, pero se presentan pocos psiquiatras. El entrevistado atribuye este hecho a la importante diferencia entre los sueldos del subsector público y los del subsector privado; así como expresa que esta problemática no es propia de la Argentina, sino que se da incluso a nivel internacional. La estrategia que se ha implementado es la creación de dispositivos grupales y un fortalecimiento de la atención desde Servicio Social. De estas dificultades emerge para el entrevistado la necesidad del trabajo interdisciplinario como principal alternativa para compensar estas situaciones.

§ Falta de dispositivos intermedios de atención en Salud Mental: entre las prácticas ambulatorias y el dispositivo hospitalario la ciudad no cuenta con los dispositivos intermedios que, por ejemplo, prevé la Ley 26.657: centros de día, casas de medio camino, etc.

Políticas en Salud y en Salud Mental

De lo referido por el entrevistado acerca de las políticas implementadas, en materia de salud y de salud mental, pueden destacarse los siguientes puntos:

- § La existencia en el campo de la Salud Mental de declaraciones y principios que muchas veces no se reflejan en las políticas concretas.
- § Un cambio de paradigma respecto de la implementación de la Ley 26.657, implicando las demoras en su reglamentación, la ausencia de una legalidad que actúe como principio rector de prácticas y de políticas; dándose las mismas a un nivel “casero” -en palabras del entrevistado-, sin el respaldo de los recursos y los ingresos necesarios para aplicarla en toda su dimensión.
- § La existencia de políticas derivadas de la Jefatura de Departamento anterior: principalmente una política enfocada en la atención sanitaria descentralizada a través de los CAPS con –en palabras del entrevistado- *los recursos con los que se cuenta*.
- § La revisión de prácticas en función de las nuevas demandas: dispositivos grupales, prácticas comunitarias y por ende la inversión de recursos en dichas prácticas, más que en la atención individual de consultorio.
- § El condicionamiento de la decisión sobre los dispositivos de atención a implementar (individuales o grupales, por ejemplo) en función de los recursos disponibles.

En cuanto a la evaluación del impacto de la política pública implementada, el entrevistado expresa la inexistencia de mediciones en esta área. Destaca, sin embargo, la permanente evaluación de necesidades ante pedidos concretos de los profesionales. El proceso que va desde la detección de una necesidad hasta la implementación de una respuesta a la misma puede describirse del siguiente modo:

- § Detección, por parte del profesional o grupo de profesionales, de una necesidad concreta (de personal, de recurso material, etc.) en conjunto con los coordinadores de área (uno por cada disciplina que integra el servicio). Los CAPS constituyen un lugar estratégico para la detección de demandas puntuales por la interacción continua con la comunidad, a los que se suman las escuelas y organizaciones barriales.
- § Evaluación de la situación, los recursos existentes a nivel comunitario, y la posibilidad de dar respuesta en primera instancia desde la propia comunidad.
- § En caso de ser necesario, pedido expreso de respuesta a la necesidad detectada al Jefe del Departamento de Salud Mental del Municipio (efector administrativo).
- § Transmisión del pedido desde la Jefatura hacia la Secretaría de Salud del Municipio.
- § Decisión política, por parte del Secretario de Salud (efector político), de resolución o no de la necesidad planteada.

El entrevistado concibe a este proceso de evaluación y resolución de necesidades como *poco formal*. Sin embargo destaca, a pesar de la informalidad, el carácter *automático y dinámico* de la práctica cotidiana: *“si el recurso aparece, la implementación se pone en marcha”*.

Planes y Programas

Ante la pregunta por los planes y programas en salud llevados a cabo por el municipio el entrevistado enumera los siguientes:

- § Servicio Municipal de Adicciones
- § Programa para la atención a veteranos de guerra
- § Proyecto de centro de día para enfermos crónicos
- § Planificación en curso de un Servicio de atención a los denominados “grupos vulnerables” (personas en situación de calle y personas que conviven con HIV)
- § Plan de Desarrollo Infantil, llevado a cabo en todos los CAPS mediante *screenings* durante la primera infancia, realizados por profesionales de Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Psicopedagogía.

Con respecto a la pregunta acerca del proceso de implementación de un plan o programa municipal en salud, el entrevistado responde a partir de la descripción del proceso de detección de necesidades y respuestas a dichas necesidades, tal como se detalló en el apartado anterior.

Por último, se refiere a la articulación de la gestión municipal con los programas o planes provenientes de las gestiones provincial y nacional.

Nombra como ejemplos el Plan Nacer, el Plan Sumar y el Plan Médicos Comunitarios. Por cada uno de estos planes, el municipio recibe recursos económicos para su implementación a nivel local. Sin embargo, el entrevistado expresa la falta de recursos específicos para Salud Mental desde Provincia o Nación.

Entiendo que hay lugares donde no se hace, por más que haya una política no se responde a ella y hay programas que son inexistentes, por más que estén los recursos. No es el caso de Mar del Plata. Los programas que conozco, que vienen de Nación o que vienen de Nación y pasan por Provincia, en muchos casos se hacen cosas con esos programas.

A partir de los datos públicos relevados, la Tabla 1 enumera los planes y programas desarrollados actualmente en el Municipio de Gral. Pueyrredón, según su denominación, dependencia (nacional, provincial o municipal) y una breve descripción de los mismos.

Tabla 1. Planes y Programas MGP

Denominación	Dpcia.	Descripción
Plan NACER y Programa SUMAR	Nacional	Captación temprana de mujeres embarazadas, efectividad en la atención del parto, efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro, efectividad en la atención neonatal, cobertura de inmunizaciones, cuidado sexual y reproductivo, seguimiento del niño de 1 a 6 años, inclusión de la población originaria, auditoría de muertes materno infantiles. 30.350 beneficiarios en Partido de Gral.

		Pueyrredón. Desde 2013: extensión de este Plan en el <i>Programa SUMAR</i> .
Programa REMEDIAR-REDES	Nacional	Fortalecimiento de Redes de Salud (a través de Proyectos Provinciales y Proyectos Locales Participativos), jerarquización del 1º nivel de atención, provisión de medicamentos esenciales y capacitación de los recursos humanos en salud.
PROSANE	Nacional	Programa de Sanidad Escolar. Examen Clínico, Odontológico y Oftalmológico de los niños y niñas de 1º y 6º grado de las escuelas primarias del ámbito privado y estatal.
Programa Médicos Comunitarios	Nacional	Consolidación de la estrategia de Atención Primaria como política de Estado, llevado a cabo por equipos de salud interdisciplinarios en Centros Integradores Comunitarios (CICs), CAPS, Postas Sanitarias, etc.
PROBAS	Provincial	Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil. Cobertura para pacientes que padecen asma infantil sin cobertura de obra social.
PRODIABA	Provincial	Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Cobertura para pacientes sin cobertura de obra social.
Programa de Infecciones Respirat. Agudas	Provincial	Tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en niños de hasta 5 años y disminución de la morbimortalidad de niños menores de 2 años.
Programa ACERCAR	Municipal	Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgo: vacunación y castración de mascotas, control de riesgo cardio-vascular, vacunación, control oftalmológico, control odontológico, charlas y talleres sobre diversas

		temáticas.
Programa Nutrición Comunitaria	Municipal	Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y contribución al mejoramiento de la situación nutricional individual, familiar y comunitaria.
Programa Formación de Agentes de Salud Comunitaria	Municipal	Formación teórico -práctica para fomentar hábitos de vida saludables en la población, detectar personas en situación de vulnerabilidad social, desarrollar actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.
Plan Integral de Desarrollo Infantil	Municipal	Articula a nivel Municipal los programas dependientes de las Secretarías de Salud, Desarrollo Social y Cultura, con el nivel Provincial (HIEMI e HIGA) y el Nacional con los Programas Remediar, Plan Nacer, Salud Sexual y Procreación Responsable, Asignación Universal por Hijo y Embarazada.
Programas y Proyectos de Servicio Social	Municipal	“El Trabajo Social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años... recreando nuevas estrategias”, “El Servicio Social en el abordaje integral de la embarazada”, “El Trabajo Social en el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva”, “El rol del trabajo social en la problemática habitacional: una mirada desde la salud”, “El Trabajo Social y La Red en la comunidad”, “El Trabajo Social en las huertas familiares y comunitarias”, “Salud - Educación para la Inclusión Social. Abordaje desde el Trabajo Social”.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2012).

Eje 1. Actividad Profesional

Considerando en primer lugar la actividad profesional a nivel municipal, La Tabla 2 muestra la cantidad total de profesionales que integran los servicios de Salud Mental de los CAPS, discriminados por área o especialidad. Se incluyen a su vez otros datos relevantes como cantidad de horas de trabajo semanal por disciplina y cantidad de CAPS cubiertos por dichos profesionales.

Tabla 2. Cantidad de profesionales CAPS por área o especialidad: totales, horas y horas por profesional.

	Total	Horas	Horas por Prof.	CAPS
Psicología	42	1235	29	22
Psicopedagogía	11	332	30	16
Fonoaudiología	8	198	25	11
Terapia Ocup.	17	502	30	17
Psiquiatría	6	142	24	5

Fuente: Jefatura del Servicio de Salud Mental, Secretaría de Salud MGP.

Los cargos municipales referidos a profesionales de la Salud y de los servicios de Salud Mental son categorizados, en primer lugar, como Profesional Mayor (con título de licenciatura) o Profesional Menor (con carrera inferior a 5 años). Dentro de cada una de estas categorías los profesionales se dividen a su vez en tres rangos (1, 2 y 3), según variables como antigüedad, actividades realizadas, entre otras. Según la autoridad municipal en Salud Mental entrevistada, los trabajadores entran como Profesional 1 y pueden ascender a Profesional 2 a partir de un proceso de recategorización determinado en las juntas de ascenso y calificación. El

Profesional 3 es aquel que tiene un rango jerarquizado, con trabajadores a cargo. Además de los profesionales de Planta Permanente que integran los diferentes CAPS, existe la figura de Coordinador General de Área para cada disciplina (por ejemplo, psicología, psiquiatría, etc.). Luego, los cargos jerárquicos son la Jefatura de División, Jefatura de Departamento y Dirección; cargos administrativos cuya modalidad de asignación ha variado históricamente, ya sea por designación decretada por autoridades de la gestión o por concurso.

La Secretaría de Salud de la Municipalidad contrata a profesionales de manera temporaria durante un año pudiendo concretar luego la contratación como Planta Permanente. A estos cargos se accede actualmente mediante un concurso regido por autoridades municipales y profesionales convocados para tal fin.

Otra modalidad de trabajo dentro de los Servicios de Salud Mental es la realización de Concurrencias de posgrado, un proceso de práctica profesional y formación de un año y medio de duración, ad honorem, realizadas a partir de un trabajo conjunto y un convenio entre la gestión municipal y diferentes facultades de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Por otra parte, a nivel provincial, el Hospital Interzonal General de Agudos integra profesionales de Salud Mental en Planta Permanente que acceden al cargo a partir de un concurso, o en algunos casos por designación posterior a la realización de una Residencia de posgrado o la participación en un Programa de Becas (por concurso provincial).

Cabe señalar, como se describirá en este apartado que, tanto la realización de una Concurrencia dentro del ámbito municipal o de una Residencia en el hospital provincial, actualmente no determina necesariamente el posterior acceso del profesional concurrente o residente dentro de la Planta Permanente de la institución; dependiendo esto de una multiplicidad de otros factores (puntaje obtenido en un concurso, competencia de otros profesionales inscriptos en el concurso, decisiones políticas de apertura de cargos, profesión, etc.).

Profesionales de los Servicios de Salud Mental

La Tabla 3 muestra la composición de los Servicios de Salud Mental, según especialidad o título de cada profesional y cantidad de profesionales, de las instituciones que conformaron la muestra.

Tabla 3. Composición de los Servicios de Salud Mental según especialidad y cantidad de profesionales.

Institución	Psicólog.	Psiquiat.	Fonoaud.	Psicopedag.	Terap.Ocup.	Trabaj.Soc.	TOTAL
H.I.G.A	18	15	0	0	3	1	37
C.S. nº 2	3	1	1	1	1	1	8
U.S. Playas del Sur	2	0	0	1	1	0	4
U.S. Ameghino	3	0	1	1	1	0	6
U.S. Alto Camet	2	0	0	0	1	0	3
U.S. Libertad	3	0	1	1	1	0	6
U.S. Pque. Hermoso	1	0	0	0	0	0	1
U.S. La Peregrina	1	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Es de destacar que, en primer lugar, la disciplina Trabajo Social se encuentra en los CAPS diferenciada como un servicio aparte no integrado al Servicio de Salud Mental. Por ejemplo, la Unidad Sanitaria Alto Camet cuenta con Servicio Social integrado por dos trabajadoras sociales. Algunos CAPS disponen además de un trabajador social dentro de Salud Mental, pero esto es lo menos frecuente (de la muestra, sólo el Centro de Salud nº 2, además del HIGA en lo que respecta a dependencia provincial). Haciendo esta salvedad, en los 7 CAPS hallamos sólo uno con el servicio completo, 2 completos exceptuando psiquiatría (cuestión que refleja la crítica insuficiencia de psiquiatras en atención primaria) y el resto con algunas especialidades faltantes; siendo notable el caso de La Peregrina y Parque Hermoso, ya que no existe equipo de Salud Mental, sino sólo una psicóloga (quien de hecho es la misma en ambos CAPS). En el caso del hospital provincial, puede observarse un equipo prácticamente completo, infiriendo que si bien no existen profesionales de fonoaudiología y psicopedagogía, la atención orientada a la franja adulta de la población justificaría la ausencia de estas disciplinas.

Modalidad de Contratación

A nivel municipal, la totalidad de los profesionales entrevistados y encuestados se encuentran en Planta Permanente. Algunos expresan que profesionales Concurrentes han formado parte del equipo en otros momentos de la institución, mientras que diferentes psicólogos han realizado

en dichas instituciones (como la U.S. Alto Camet o el C.S. n° 2) su Concurrencia.

A nivel provincial, de los tres trabajadores entrevistados del HIGA, uno se encuentra en Planta Permanente y dos son Residentes; mientras que en los 5 encuestados, hallamos tres Residentes, un profesional en Planta Permanente y uno en calidad de Becario. De las entrevistas surgen los siguientes datos en referencia a la modalidad de contratación de la totalidad de profesionales del Servicio de Salud Mental del HIGA:

§ Psiquiatras: un total de 15, divididos en:

- 3 Psiquiatras en Planta Permanente con cargo de Jefatura: 1 Jefe de Guardia y Consultorios, 1 Jefe de Internación o sala, 1 Jefe de Servicio.
- 5 Psiquiatras en Planta Permanente.
- 7 Residentes de Psiquiatría.

§ Psicólogos: un total de 18, divididos en:

- 10 Psicólogos en Planta Permanente.
- 8 Residentes de Psicología.

§ Terapistas Ocupacionales: un total de 3, divididos en:

- 2 TO's en Planta Permanente.
- 1 TO Becaria.

§ Una Trabajadora Social, en cargo irregular, trabajando Ad Honorem.

En síntesis, mientras que en los CAPS municipales encontramos que el 100% de los profesionales de la muestra se encuentran en Planta Permanente, en el hospital provincial el panorama es más variado,

observando un 54% de profesionales en Planta Permanente, un 40% de Residentes, un 3% en calidad de Becario y un 3% Ad Honorem.

Carga Horaria Semanal de Trabajo de los Profesionales

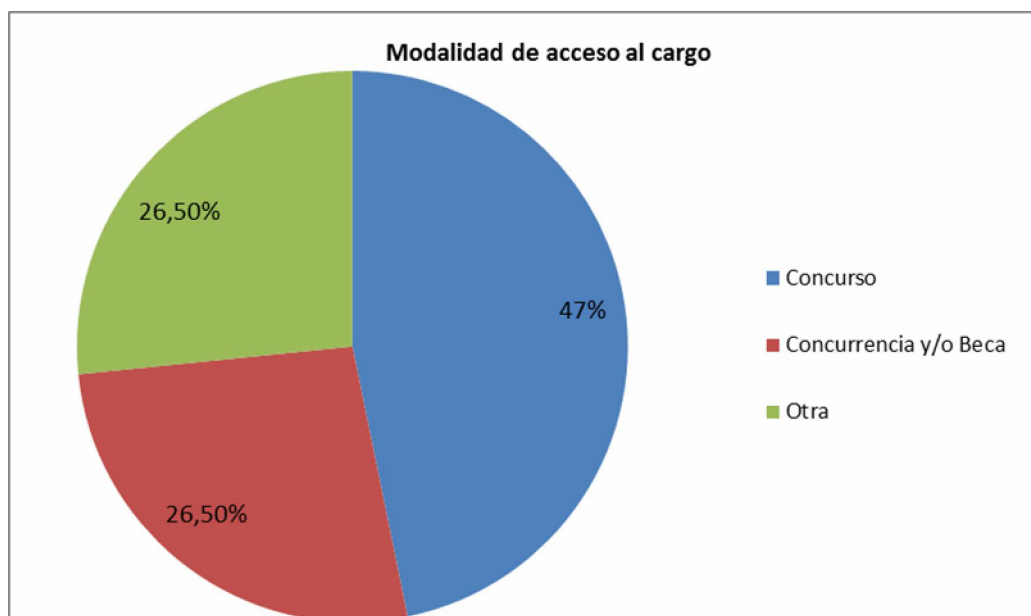
A nivel municipal, la carga horaria de los profesionales de Salud Mental se determina en módulos semanales de 18, 24, 30 ó 35 horas, las cuales son distribuidas en diferentes días de la semana, horarios y –algunos- instituciones. Del total de profesionales relevados en entrevistas y encuestas, en igual proporción (30%) hallamos profesionales con módulos de 18, 24 y 30 horas, el 10% restante posee módulos de 35 horas. Los dos profesionales con módulos de mayor cantidad de horas son un psiquiatra y una trabajadora social, mientras que resulta variada la carga horaria del resto de los profesionales. Del total de la muestra, seis profesionales dividen sus horas de trabajo en dos CAPS, mientras que un psicólogo entrevistado aclara que está solicitando hace varios meses una ampliación de módulo, para pasar de 24 a 30 horas semanales a fines de cubrir el trabajo en las dos instituciones.

En cuanto al hospital provincial, los encuestados y entrevistados refieren trabajar un total de entre 48 y 50 horas semanales, incluyendo dentro de este horario todas las actividades de internación, consultorio, interconsultas y guardias (para aquellos que las realizan).

Modalidad de Acceso al Cargo Desempeñado

El Gráfico 1 muestra la cantidad de profesionales distribuida según modalidad de acceso al cargo.

Gráfico 1. Cantidad de profesionales según modalidad de acceso al cargo.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

A nivel municipal, de los 15 profesionales entrevistados y encuestados, 7 ingresaron por concurso, 4 psicólogos ingresaron bajo la realización de una Concurrencia de un año y medio (dos quedaron en Planta Permanente inmediatamente después, y dos siguieron en calidad de Becarios por algunos años antes del pase a Planta) y los 4 restantes han ingresado por otras vías: cargo heredado y traspaso desde el ámbito judicial hacia Salud Mental; traspaso desde cargo administrativo, participación en programa ad Honorem y cargo de coordinación hasta pase a Planta en CAPS; asignación por entrevista; asignación por exposición de antecedentes.

Dentro del hospital provincial, tomando el total de 8 profesionales entrevistados y encuestados hallamos que los 5 psicólogos residentes han ingresado a este sistema por concurso provincial (examen); la psicóloga en Planta Permanente accedió a la misma por concurso de cargo luego de la realización de una residencia; la terapeuta ocupacional becaria accedió a la beca por examen de ingreso; y el psiquiatra comenzó en calidad de becario, luego obtuvo un cargo interino, y luego pasó directamente a Planta Permanente (sin concurso). A propósito de la situación de los psiquiatras, el entrevistado expone la accesibilidad de los psiquiatras a nuevos cargos - dada la necesidad de estos profesionales- por contraposición a la sobreoferta de psicólogos:

Desde psiquiatría, históricamente ha sido una especialidad que no se elige mucho, hay una falencia en la cantidad de psiquiatras. Actualmente tenemos necesidad de más psiquiatras. Todo lo contrario a psicología, donde hay una superoferta de psicólogos, y no hay cargos. Para psiquiatría, si alguien quisiera entrar, mañana entra. Pero nadie quiere entrar, porque el sueldo es poco, el trabajo es mucho.

Capacitación Recibida y Características de la Misma

Del total de 17 profesionales municipales, entre encuestados y entrevistados, 13 de ellos (76%) afirmaron recibir capacitación. A excepción de un encuestado que describió dicha capacitación como posgrados, congresos y cursos realizados en forma particular y dictados por

profesionales de universidades y asociaciones, el resto de los profesionales hizo referencia a las reuniones denominadas de Capacitación de Área que se realizan mensualmente -de marzo a Diciembre de cada año-, reuniendo a los profesionales de todos los CAPS discriminados por área (Psicología, Psiquiatría, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y Trabajo Social). De acuerdo a la información brindada por los entrevistados, las Capacitaciones de Área son gestionadas por los propios profesionales bajo la dirección y organización del Coordinador de Área. Son de carácter no obligatorio –aunque una entrevistada expresa que anteriormente lo fueron- y cuentan dentro de las horas semanales de trabajo. En dichas reuniones se trabajan temas de interés propuestos por los mismos profesionales para su formación; problemáticas más relevantes en función de la demanda actual de las instituciones; casos clínicos; temáticas como prevención, dispositivos grupales, procedimiento ante intervenciones judiciales, salud pública, atención de determinadas patologías y/o poblaciones, entre otras. En ocasiones se invita a profesionales de los hospitales provinciales o de la Facultad de Psicología de la UNMDP para disertar sobre alguna temática sobre la cual los profesionales proponen capacitarse.

Más allá de eso, a quienes nos interesa, tenemos nuestra formación por fuera. Pero esto es brindar de forma gratuita la posibilidad de capacitarte, de escuchar, de estar, trabajando permanentemente.

Se destaca en numerosas respuestas la cuestión del carácter autogestionado de estas reuniones, la mutua capacitación y proposición de las temáticas trabajadas, así como la no intervención de la gestión municipal:

Nosotros mismos incluso capacitamos a los demás, muchos equipos mostramos a los demás lo que estamos haciendo.

La Municipalidad en sí, no dice ni que sí ni que no, sólo cuando vienen profesionales de otro lado, se sabe que interviene la Municipalidad, pero no es que brinda recursos económicos para hacerlo. Una sola vez alguien dijo que quería cobrar y le dijeron que no había plata. Es bastante autogestionado todo.

Además de estas reuniones discriminadas por área, un entrevistado menciona la posibilidad que tienen los profesionales de asistir a capacitaciones para graduados, dictadas por la Facultad de Psicología de la UNMDP a través de la gestión del Coordinador de Área y la Secretaría de Extensión de la Facultad. Por otra parte, los entrevistados hicieron mención a reuniones inter-áreas, denominadas Plenarios, que se realizaban anteriormente con mayor frecuencia.

Un entrevistado hizo también referencia a otra actividad de formación/capacitación de carácter extraordinario:

Y después, por ejemplo ayer, nos encontramos con el área de Servicio Social de la Municipalidad para trabajar un protocolo de intervención para los equipos de salud ante situaciones de maltrato en niños y adolescentes. Por lo menos desde que yo estoy, algo así como el encuentro entre servicios, es la primera vez. Por lo general nos juntamos pocas veces todo Salud Mental (fono, TO,

psicopedagogía, psiquiatría), al año uno o dos encuentros. Y esto, que es con otro servicio, es la primera vez.

Por último, 4 profesionales encuestados (24%) respondieron no recibir capacitación alguna. Podemos inferir que esto puede deberse al carácter no obligatorio de las reuniones de Capacitación de Área o a no considerar estas reuniones como legítimo espacio de formación o capacitación. En efecto, uno de los entrevistados, si bien hizo referencia en su respuesta a la existencia de estas reuniones, pareció haber respondido negativamente a recibir algún tipo de formación en su actividad profesional municipal:

En realidad la formación la hago externa, la maestría en psicoanálisis, concurro a grupos de estudio de psicoanálisis, posgrado, pero todo lo hago por fuera. Tenemos una vez al mes capacitación dentro de la muni. A veces presentamos desde los distintos equipos algún trabajo o algún material o algún caso al modo de un ateneo o a veces viene gente de afuera... Pero el grueso de la capacitación es externa.

En el HIGA, la totalidad de los profesionales Residentes reciben capacitación como parte de las horas de residencia dentro de la institución. Dicha capacitación consiste en clases teóricas, ateneos clínicos y supervisión de casos, coordinados y dictados por los Instructores de Residentes, así como por docentes invitados de otras instituciones. Asimismo, la profesional que se encuentra como Becaria refiere recibir asesoramiento y supervisión de casos por parte de profesionales del hospital.

Según uno de los encuestados, la formación psicológica que reciben los residentes se rige según las necesidades del grupo de trabajo. Otro profesional entrevistado refiere:

La formación brindada en las residencias es, principalmente, psicoanalítica lacaniana francesa y freudiana. En primer año, forman en relación a los dispositivos, es el marco teórico de los mismos. Allí se trabajan temáticas como: qué es ser un operador de salud, la posibilidad del abordaje psicoanalítico en el hospital, qué es una urgencia... Se cuenta también con capacitación externa, suele invitarse a docentes capacitados para trabajar con los Historiales Freudianos, el caso Schreber en primer año; también se invita a analistas reconocidos de la ciudad ya sea porque son supervisores, han sido residentes o porque se quiere probar algo nuevo. En cada año, se ve un historial, y alguna otra temática que se crea necesaria; pero generalmente es alguno de los conceptos fundamentales.

La cuestión de la orientación teórica para el caso de los psicólogos, vuelve a presentarse en otras respuestas:

La formación es teórica, en psicoanálisis. El día que entre un compañero de otra corriente, no sé qué va a hacer... Me siento conforme con la formación que estoy recibiendo. Si tuviera que decir algo, tengo mi queja personal de cómo me estoy yendo sin ver Dora y sin rotar en el Materno.

Por otra parte, de los dos profesionales en Planta Permanente incluidos en la muestra, uno de ellos responde en la encuesta recibir

capacitación por parte de Asociaciones Profesionales, con lo cual la respuesta no permite inferir si dicha capacitación es provista por la propia institución o es realizada de manera particular. Y el profesional entrevistado, por su parte, plantea que aunque en otros tiempos existían espacios de formación dentro del hospital para profesionales en planta (similares a los de los residentes), estos espacios dejaron de sucederse:

Ahora estamos luchando para conseguir que haya ateneos en el hospital, que actualmente no hay, pero hubo en otro momento, porque eso tiene un gran valor formativo... Lo que pasó en el hospital fue que hubo mucha controversia desde el punto de vista teórico, que hizo que se separaran mucho las escuelas. La residencia [en psiquiatría] sigue una escuela que es muy, te diría, fundamentalista, que es la escuela alemana, en donde tienen diagnósticos y clasificaciones muy diferentes a las habituales dentro de lo que sería la escuela francesa y el psicoanálisis, o la escuela estadounidense que es la que hoy se usa habitualmente. Entonces eso generó que hubiera una gran discrepancia, y una cuestión de conflicto. Creo que eso fue lo que generó que no hubiera más ateneos. Para lograr de nuevo hacerlos creo que habría que lograr primero algún criterio de unificación diagnóstica, que yo he visto en otros hospitales. Lo lógico es el DSM IV, unificar criterios desde el DSM IV, después el marco teórico que vos quieras, pero siempre partiendo de la clasificación del DSM IV.

Como puede observarse, se reitera en este comentario la problemática de la formación recibida dentro de la institución, con otras cuestiones como la orientación o enfoque teórico y los criterios diagnósticos.

A modo de síntesis de lo trabajado en este eje, podemos observar, en primer lugar, una conformación altamente variable de los equipos de Salud Mental en los CAPS municipales, en cuanto a cantidad de profesionales que los integran, así como también las disciplinas cubiertas en cada institución. Las Tablas 2 y 3 dan cuenta a su vez de una cuestión crítica relativa a la falta de médicos psiquiatras -en primer lugar- y de fonoaudiólogos -en segundo lugar- suficientes para brindar la adecuada atención a la población de todo el Municipio. Ahora bien, como punto positivo puede mencionarse que, a pesar de tratarse de una cantidad deficitaria de profesionales, rige mayormente para ellos la modalidad de contratación de Planta Permanente; que se observa en al menos la totalidad de la muestra relevada de profesionales. Esto último en contraposición a la situación a nivel provincial, en donde las posibilidades de acceso a Planta parecen verse más dificultadas, hallando como alternativa para muchos profesionales la categoría de Becarios o trabajo ad honorem, con la consiguiente condición laboral precarizada e inestable.

Por otra parte, lo antedicho puede relacionarse también con la modalidad de acceso a los cargos. La forma de lograr un empleo relativamente estable como profesional de la salud mental tanto a nivel del hospital provincial como a nivel municipal, no resulta del todo clara; las posibilidades de acceso son reducidas; y aún aquellos profesionales que han

realizado una residencia de cuatro años o una concurrencia ad honorem de año y medio, pueden no tener posibilidades de inserción en la institución una vez finalizada dicha actividad. Como fue planteado anteriormente, la posibilidad de un pase a planta dependerá de diversos factores: si se necesitan recursos humanos de la profesión de la que se trate -y a esto hacía referencia un entrevistado al decir que un psiquiatra, por ejemplo, tiene hoy muchas posibilidades de ingresar rápidamente-; si al momento de concursar no se presenta algún otro profesional con mejores referencias -aunque no haya hecho residencia/concurrencia-; decisiones político-económicas sobre la apertura de cargos, etc. En efecto, dos entrevistados expresan lo siguiente:

Si entrás por una residencia, luego de los 4 años de la residencia te vas. Y los cargos de planta permanente son por concurso.

Desde hace 10 años, sólo una profesional residente [psicóloga] se quedó en el hospital; por una cuestión política coyuntural le dieron becas al hospital y quedaron profesionales de diferentes especialidades no médicas, entre ellos psicología. Mi intención es quedarme en el hospital de día, para lo cual fue necesario la presentación de un proyecto; pero al no contar con becas, aún no se sabe que pasará. Depende de las coyunturas políticas si los residentes pueden quedarse o no, a pesar de la trayectoria realizada... Hace unos meses se llamó a concurso pero está detenido por la impugnación del mismo; pues hay profesionales que han

estado con una beca y que en lugar de darles el cargo, llamaron a concurso, donde una persona a cargo de la jefatura de la residencia puede tener más puntaje que una profesional que estuvo años trabajando en el hospital con una beca ad honorem. Existe una red de jefes de residentes donde uno de los ejes principales de lucha es el puntaje de la residencia para la especialidad. Los médicos una vez que terminan la residencia obtienen la especialización en psiquiatría. Los psicólogos, salen de la residencia con un puntaje para el Colegio de Psicólogos mínimo; de hecho, un curso de postgrado vale más que 4 años de residencia. Este es un debate y una lucha histórica porque sino el Estado está formando profesionales para expulsarlos al sector privado.

Entonces, las posibilidades de hacer carrera profesional dentro de estas instituciones públicas parece verse reducida o, al menos, no resulta un horizonte claro para quien desea insertarse laboralmente en dicho ámbito.

Por último, respecto de la capacitación recibida por los profesionales que conformaron la muestra puede destacarse, dentro del sector municipal, el carácter autogestionado de la misma, siendo que no existe desde la Secretaría de Salud presupuesto destinado al desarrollo de estos espacios de formación y capacitación. Y acerca del hospital provincial, destacamos la problemática de la discontinuidad de los espacios de capacitación para profesionales en Planta Permanente; cuestión debida quizás –como afirma uno de los entrevistados- a la discrepancia de los profesionales respecto de criterios diagnósticos y enfoques teóricos.

Eje 2. Atención Sanitaria y Atención en Salud Mental

Como cuestiones relativas a la atención sanitaria, particularmente en Salud Mental, vinculadas a la indagación sobre aquellos factores o aspectos que influyen sobre la misma, se incluyen en este apartado la caracterización o calificación de la atención de los servicios según los profesionales que conformaron la muestra; las diferentes modalidades de atención que prestan los servicios, incluyendo el trabajo conjunto con otras instituciones y la realización de seguimiento de los casos derivados; la realización de actividades de prevención; las interrupciones en la atención (abandono o deserción de tratamientos) y los motivos de las mismas.

Identificación de Factores o Aspectos que Influyen sobre la Atención en el Servicio de Salud Mental

Al interrogar a los entrevistados acerca de aquellos factores o aspectos que consideran influyentes en la atención del Servicio en la institución en la cual desarrollan su actividad profesional, fue posible hallar ciertas recurrencias.

Aproximadamente un 64% de los entrevistados (7 de un total de 11, incluyendo profesionales de los servicios y autoridad en Salud Mental a nivel municipal) identificó como factor de influencia aquel que vincula la alta demanda de atención por parte de la población, los limitados tiempos de atención debido a la gran cantidad de gente por atender y la falta de más profesionales para hacer frente a tal exceso de demanda. En otras palabras, estas respuestas hacen referencia a que hay pocos profesionales en las

instituciones y cada profesional dispone de poco tiempo de trabajo para atender a la gran cantidad de usuarios que acuden la institución y, particularmente, al Servicio de Salud Mental. Es así que, por ejemplo en varios CAPS han debido implementar listas de espera para la atención, y límites a la cantidad de sesiones al año por paciente. Por otra parte, tres entrevistados hicieron referencia concreta aquí a la falta de profesionales psiquiatras suficientes para la adecuada atención de todos los usuarios de la ciudad; mientras que otro entrevistado manifestó también, en el caso del hospital provincial, la alarmante falta de enfermeros, que se encuentran actualmente desbordados por la excesiva demanda de trabajo.

Nuestra complicación, al ver las cargas horarias reducidas, es que, nosotros con una de las psicólogas tenemos pedida una ampliación de módulo hace dos años. Y parece contradictorio, ¿no? Querés trabajar más y no se puede... porque bueno, tiene que ver con una cuestión presupuestaria, con el lugar que se le da a la salud. Porque lo que se escucha de nuestras autoridades de salud, lo que escucha el pueblo, no es lo que realmente pasa. "Se inaugura el CEMA", pero después... lo que se escucha no es lo que se ve después.

Hay un montón de falencias. Te estoy hablando de cosas re básicas eh, no es nada muy complejo. No hablemos de que los médicos no tenemos baño, por ejemplo. Pero yo hablo de lo que hace a la atención de los pacientes. Pero todo invita, más que nada a los

psiquiatras, que tienen mucha oferta laboral afuera, todo invita a irse del hospital.

En igual medida, 7 entrevistados (otro 64%) mencionaron como factor influyente las condiciones edilicias de sus espacios de trabajo. Se incluyen aquí respuestas que manifiestan la insuficiencia de consultorios o las condiciones ambientales no adecuadas dentro de los mismos (falta de calefacción o ventilación, contaminación sonora, ubicación o accesibilidad dentro de la institución, ausencia de espacios para actividades grupales, hacinamiento en salas de internación -en el caso del hospital-).

...Justamente psicología necesita un espacio un poco más íntimo, privado. Después construyeron esto, pero fijate que los otros consultorios tienen su sector, señalado. Esto no tiene cartel de nada. Hubo que luchar bastante para que quedara éste para nosotros, y el de al lado para Servicio Social. No es fácil.

Nosotros no tenemos un SUM como para hacer talleres con muchos chicos, o con grupos de padres, por ejemplo... Y hemos hecho notas, y venimos hablando hace rato, pero nada. Es un movimiento que tiene que ver con lo político, con lo presupuestario, qué se yo... Entonces queda en que si desde más arriba no se decide hacer algo, uno lo que hace es suspender una actividad que viene funcionando, es una pena.

Tenemos dos consultorios para los cinco profesionales que éramos hasta hace un mes. Entonces a veces aún estando el profesional, no puede atender porque no tiene dónde, entonces eso limita la cantidad de pacientes que podés atender.

Actualmente creo que contamos con 54 camas, y generalmente hay muchos más pacientes. Por lo tanto, por lo que estamos optando ahora es internar pacientes en los consultorios, por lo tanto si vas hoy al hospital vas a ver que de los ocho consultorios debe haber cuatro ocupados por pacientes internados, y no tenemos dónde atender.

Tres entrevistados (27% del total) mencionaron la falta de materiales e insumos como factor o aspecto que influye en la atención del Servicio. Nos referimos aquí a recursos materiales como artículos de librería y material lúdico principalmente para la atención de niños, o para el trabajo de, por ejemplo, terapistas ocupacionales; así como también a medicación psicofarmacológica dispensada por los médicos psiquiatras.

Otras cuestiones mencionadas como factores influyentes en la atención son los siguientes:

- § El trabajo en equipo, mencionado como factor que influye positivamente en la atención:

Lo que afecta positivamente es trabajar en equipo. Es totalmente distinto al trabajo privado, en consultorio, que por ahí es más solitario, y esto hace que el peso esté más repartido... a veces hay situaciones pesadas, difíciles, pero el saber que no estás solo, que estás

acompañado, que podés consultar, está bueno. Y no sólo lo que es salud mental, sino también por ejemplo a una pediatra.

§ Bajos sueldos para los profesionales:

...Obviamente el sueldo es muy bajo para un psiquiatra profesional especializado es... bueno, lo que gana en el hospital en un mes lo gana afuera en un día o dos.

§ En el caso del dispositivo de internación del hospital provincial, el ingreso de sustancias psicoactivas a la institución, lo cual atenta contra el tratamiento psicofarmacológico que los profesionales llevan a cabo con los pacientes;

§ Cuestiones referidas a diferentes lineamientos teóricos en los profesionales del Servicio:

Anteriormente, las residencias de psicología y psiquiatría eran conflictivas y eso también generaba mucho malestar porque en las cuestiones clínicas chocaban la línea biologicista y el psicoanálisis. Hubo mucho conflicto en relación a la técnica electroconvulsiva, el electro shock, habiendo algunos diagnósticos que se hacían desde un marco teórico que desde la psicología no se compartían.

§ La particular concepción del paciente y de la salud desde el ámbito de lo público:

El hecho que tengamos un sueldo y no esté el tema del pago de los pacientes también es importante porque hace que uno trabaje siempre con el mismo entusiasmo: ningún paciente se queda sin

atención porque no tiene una moneda, eso hace a la atención también.

§ La posibilidad de derivación de casos y supervisión de los profesionales -mencionado esto por los entrevistados residentes, que cuentan con estos espacios de formación-;

§ La formación profesional;

§ El desgaste laboral, proceso denominado por un entrevistado como *municipalización*:

Hay un efecto que vulgarmente en la Municipalidad se llama "municipalización", uno se va "municipalizando". Es un proceso al cual yo he sido muy crítico en muchas épocas de mi vida, hasta que lo empecé a vivir o por lo menos a encontrar razones para que esto ocurra. Municipalizarse es justamente, tender a no trabajar, o a separarse de la tarea. Y no es un fenómeno específico de la persona, sino que debe ser un proceso de orden institucional. Porque muchas personas que han arrancado con muchísimo ímpetu y ganas, y han desarrollado muchas tareas, terminan flaqueando porque el trabajo en estas áreas es muy árido, muy frustrante en muchos aspectos. Esto que les contaba de los cargos, es dilapidador del ánimo, uno tiene buenas intenciones, vos podés pelear un cargo una vez, dos veces, cuatro veces, y después decís "más sí, si yo cobro el sueldo todos los meses, ¿para qué me preocupo tanto?"

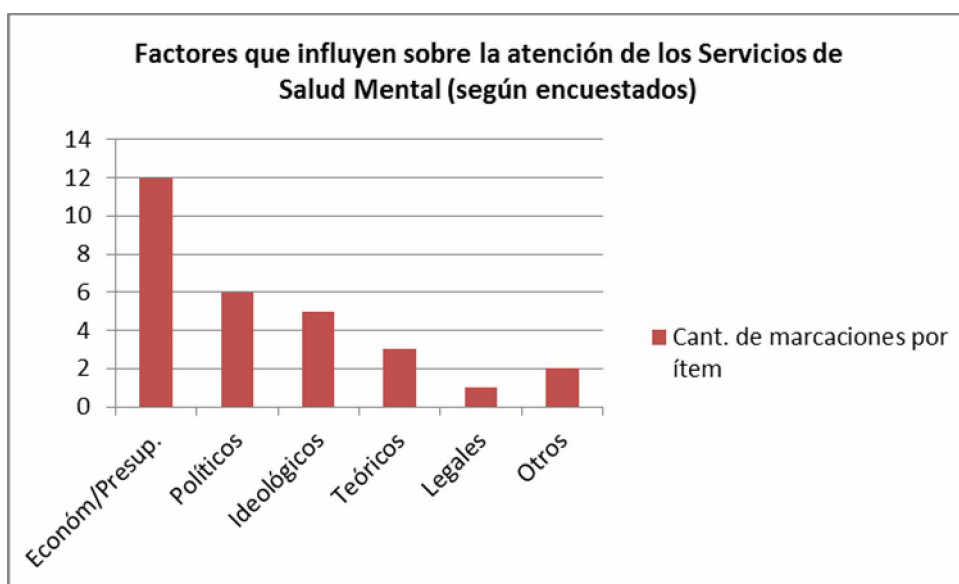
§ Problemáticas en torno a la delincuencia y a la falta de seguridad presente en las instituciones.

Por otra parte, a los profesionales encuestados se les solicitó que indicaran con una cruz, dentro de los siguientes, aquél o aquéllos factores o aspectos que, según su consideración, influyen sobre la forma y la calidad de atención en el Servicio de Salud Mental de la institución en la cual trabajan:

- § Económicos/presupuestarios
- § Políticos
- § Ideológicos
- § De formación teórica
- § Legales
- § Otros

El Gráfico 2 muestra la cantidad de encuestados que señalaron cada uno de estos factores (indicando ítems y cantidad de marcaciones por ítem).

Gráfico 2. Factores que influyen sobre la atención de los Servicios de Salud Mental (según encuestados).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Cabe señalar que en la opción denominada “Otros”, indicaron los siguientes factores como influyentes:

- § Compromiso, capacidad y trabajo en equipo
- § Escasez de espacio de consultorios
- § Módulos horarios restringidos

Haciendo una interpretación de estas dos últimas cuestiones señaladas, podríamos incluirlas dentro de los factores económico/presupuestario y político; dado que la insuficiencia de infraestructura necesaria para la atención de los usuarios y de horas de trabajo de los profesionales, podría responder a una falta de presupuesto y recurso económico destinado a tales fines, así como a una decisión política en la implementación del gasto en dicha dirección.

Claramente, la cuestión más señalada -aún sin incluir lo antedicho- resulta ser el factor económico/presupuestario, como aspecto más influyente, según los profesionales encuestados, sobre la atención en Salud Mental en las instituciones relevadas. Seguido a esto, el factor político mereció una amplia consideración.

Por otra parte, resulta destacable que si agrupamos los factores que dan cuenta de la formación teórica e ideológica, claramente emparentados, obtenemos también un número elevado de consideraciones en este sentido; incluso superior a lo señalado como factores políticos.

Por último, los aspectos o factores vinculados con lo legal -podríamos hacer referencia aquí a la Ley Nacional 26.657, la cual apunta a generar importantes modificaciones sobre la atención de personas con

padecimientos mentales- han sido considerados escasamente (sólo por uno de los encuestados).

Caracterización/Calificación de la Calidad de Atención Brindada por la Institución y por el Servicio

Al interrogar a los entrevistados acerca de cómo caracterizarían o calificarían la calidad de la atención brindada por la institución en general, y por el Servicio de Salud Mental en particular, de un total de diez profesionales entrevistados, siete la calificaron expresamente como *buena*. Los restantes (tres) plantearon, por una parte, que la calidad está delimitada por *un esfuerzo personal*, que hacen *lo posible* o *todo lo que está a su alcance*, y por otra parte, que la calidad depende en gran parte de una cuestión humanitaria y respetuosa en el trato con los usuarios.

Cuando decimos que es lo posible, no es conformarnos, sino saber que hay un límite, que no podemos hacer lo que la gente necesita muchas veces, pero antes que nada es una respuesta. Es decir, ver a alguien cada quince días o veinte, no es lo más adecuado para hacer un proceso de trabajo donde la gente se implique... Pero tenemos lo que tenemos, y aun así... y entonces bueno, ofrecemos el espacio.

Me parece que hay mucho, a pesar de la alta demanda, de una cuestión de humanidad. Pero no sólo nosotros como equipo, sino en general. Creo que dentro de las posibilidades que uno tiene, de lo que uno puede, creo que es buena la atención, por lo menos

humanitariamente. Profesionalmente no puedo decir, ahí ya habría que preguntarle a un paciente por ejemplo. Hay pacientes que te lo dicen, que se sienten bien, que no saben cómo agradecerle, porque está la cuestión del sistema público, que por ahí la gente a veces piensa que la atención va a ser superficial o poco comprometida, y realmente se dan cuenta de que no es así.

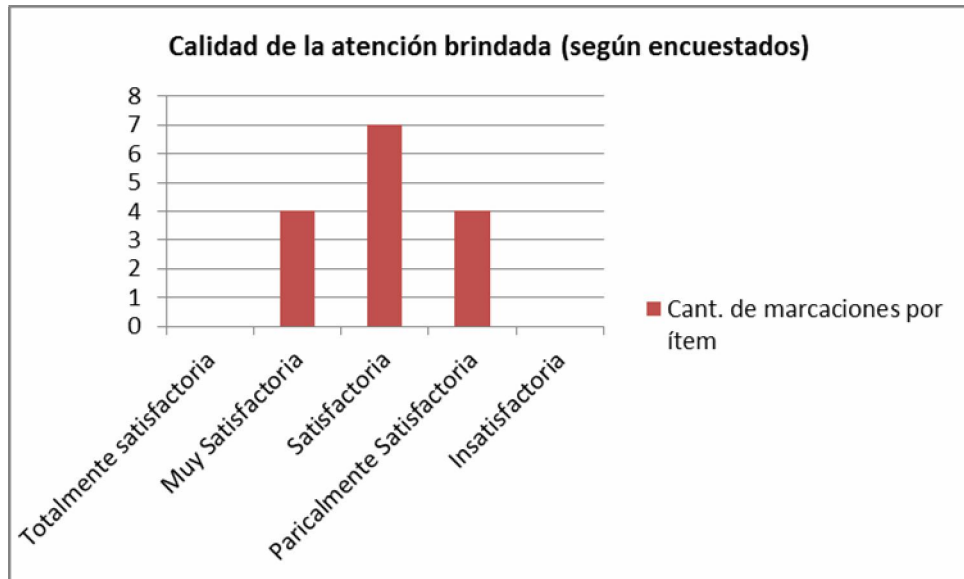
Yo respondería "esfuerzo personal", esfuerzo de cada uno. Porque después desde la estructura, no hay nada te diría. No tenemos ni ventiladores, ni tachos de basura, no hay nada. Ni baño. Nosotros los médicos usamos los baños de las enfermeras.

Alta, buena. Lo recomiendo, a pesar de otras fallas. Si el día de mañana le tuviera que decir a un ser querido que está en una urgencia, no dudaría en decirle que venga acá. Tienes 6 guardias activas, hay psicólogos, hay psiquiatra. Se intenta trabajar de manera interdisciplinaria. Si te tienen que seguir viendo, te van a seguir viendo. No estamos anclados a un tipo de dispositivo. Que en la sala de internación hay súper falencias, que no hay medicación cara, es cierto.

Al solicitarles a éstos que indiquen con una cruz cómo caracterizarían/calificarían la calidad de atención brindada por el Servicio - dentro de las opciones: Totalmente Satisfactoria; Muy Satisfactoria;

Satisfactoria, Parcialmente Satisfactoria; Insatisfactoria-, se obtuvieron las siguientes respuestas, indicadas en el Gráfico 3:

Gráfico 3. Calidad de atención brindada (según encuestados).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Al solicitarles que justifiquen brevemente la opción elegida, se obtuvieron las siguientes respuestas:

- § Muy Satisfactoria: debido a una atención garantizada a todos los usuarios, sostenida en el tiempo y en base a diversos dispositivos según sus necesidades;
- § Satisfactoria: la mayoría hace referencia a una atención dentro de las posibilidades actuales, teniendo en cuenta dificultades como falta de presupuesto y condiciones edilicias, cantidad insuficiente de horas de trabajo y alta demanda de los usuarios;
- § Parcialmente Satisfactoria: debido a cuestiones como cantidad insuficiente de horas de atención, falta de medicación, demanda excesiva de trabajo, cantidad insuficiente de profesionales, cuestiones

sociales que dificultan la externación o contención del paciente, entre otras.

Modalidades de Atención que Prestan los Servicios

De acuerdo a los datos recabados en entrevistas y encuestas, la Tabla 4 muestra, marcadas con una cruz, las diferentes modalidades de atención que presta cada uno de los Servicios de Salud Mental de las instituciones relevadas.

Tabla 4. Modalidades de atención que prestan los Servicios de Salud Mental (muestra).

Institución	Admisión	Tratamiento	Internación	Derivación	Otros
H.I.G.A	X	X	X	X	Guardia Interconsulta Hospital de Día
U.S. Alto Camet	X	X		X	Talleres Etas. Domiciliarias Etas. de seguimiento del embarazo
U.S. Playas del Sur	X	X		X	Interconsulta Dispositivos grupales
C.S. n°2	X	X		X	Talleres
U.S. Ameghino	X	X		X	Grupos de Prevención
U.S Libertad	X	X		X	Talleres Dispositivos Grupales
U.S. Parque	X	X		X	

Hermoso					
U.S. La Peregrina	X	X		X	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Describimos a continuación, de acuerdo a la información obtenida en las entrevistas, las diversas modalidades de atención anteriormente mencionadas.

Admisión

Espacio institucional al que llega la persona, familia o referente que consulta por primera vez al Servicio. Este modo de ingreso consiste en una breve entrevista -o más de una en caso de considerarse necesario-, en la cual se evalúa el pedido de atención del consultante decidiendo si éste reúne los criterios acordados por cada equipo para iniciar tratamiento, sea éste individual y/o grupal, o derivación a otra institución. Algunas de las variables tenidas en cuenta en dicha evaluación suelen ser: motivo de consulta, características de la problemática, gravedad y urgencia, posibilidad desde el servicio para atender al consultante. El servicio de cada institución pauta, según las posibilidades de oferta y demanda, la cantidad de entrevistas de admisión realizadas -cuestión trabajada en el siguiente Eje de esta investigación, referido a la demanda atendida-.

Tratamiento

Dispositivos ambulatorios de diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico, tratamiento psicofarmacológico, entrevistas de terapia ocupacional y trabajo social; para consultantes aceptados en las entrevistas de admisión o derivados de otros servicios y/o instituciones.

Internación

En el hospital provincial se realizan internaciones, como último recurso terapéutico, al evaluar que no es posible implementar otro tipo de estrategia ambulatoria -sosteniendo así lo propuesto por la Ley Nacional 26.657-. Durante la internación de un paciente se realiza un seguimiento diario por parte de las diversas disciplinas implicadas, entrevistas a referentes, interconsultas, actividades interinstitucionales y gestiones tendientes a la externación y reinserción socio/familiar del paciente.

Derivación

Articulación con otras instituciones o servicios que solicitan al Servicio de Salud Mental la evaluación diagnóstica, internación y/o tratamiento de una persona -en algunos casos de modo obligatorio o forzoso-; o son solicitadas por dicho Servicio para continuar con la atención que el mismo no está en condiciones de realizar -por diversas cuestiones-. En el apartado destinado a derivaciones se ampliará sobre este punto.

Otras Modalidades de Atención:

Entrevistas domiciliarias.

Los profesionales de los CAPS realizan visitas a los hogares de los consultantes que, generalmente por deserción o situación de vulnerabilidad y/o riesgo, requieren una evaluación de aspectos relacionados con la dinámica familiar, situación actual, condiciones socio-ambientales; como así también la realización de actividades preventivas, entrega de medicación, acompañamiento en la organización de las tareas cotidianas, entre otras.

Entrevistas de seguimiento del embarazo.

Se denomina así a aquellas entrevistas realizadas en tres de los CAPS relevados en esta muestra destinadas a un sector específico de la población atendida en dichos Centros -mujeres embarazadas-, con el objetivo de realizar un *screening* o seguimiento del embarazo en sus aspectos médico, psicológico y socio/ambiental; y la posterior derivación a consulta psicológica, entrevista de Servicio Social, etc., en caso de ser necesario.

Talleres, dispositivos grupales y/o grupos de prevención.

En los diversos CAPS existen diferentes ofertas de trabajo grupal, sean éstas de carácter recreativo, de tratamiento, de seguimiento, de apoyo, de prevención y/o terapéutico; apuntando en general a la intervención en actividades comunitarias intersectoriales y de asistencia. Entre estos dispositivos podemos enumerar: Taller de Educación Terapéutica para

Personas con Diabetes; Taller de Padres (de niños en tratamiento psicológico; Taller de “Peques” (niños de 2 a 5 años con sus padres); Taller de Juegos (niños de 6 a 10 años); Taller de Preadolescentes (niños de 10 a 13 años); Taller de Preparto; actividades conjuntas con comedores, escuelas y jardines; actividades en Sala de Espera de pediatría (charla y juegos con padres y niños que asisten a control pediátrico sobre temáticas como alimentación, juego, higiene, anticoncepción y planificación familiar, entre otras); actividades relacionadas con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (charlas informativas, entrega de anticonceptivos, etc.).

Guardia.

En el hospital provincial, se encuentra el dispositivo de atención para urgencias que ingresan por guardia general del hospital, siendo solicitada la intervención del Servicio de Salud Mental en los casos en que se requiera.

Interconsulta.

Se trata de la formalización del pedido de atención con profesionales de otras especialidades en la atención integral de la persona que consulta, puede ser por vía de una demanda de intervención de Salud Mental, o bien mediante requerimiento de algún efector del Servicio de Salud Mental hacia otro servicio.

Hospital de Día.

El hospital provincial dispone de un dispositivo intermedio entre la internación y el consultorio externo, destinado a pacientes crónicos externalizados.

Derivaciones Hacia y Desde el Servicio. Articulación con Otras Instituciones

A nivel municipal, los CAPS reciben mayormente derivaciones de escuelas (ante las cuales se solicita un informe del Equipo de Orientación Escolar), de los hospitales provinciales (en caso de pacientes que no reúnan los criterios de una internación o que una vez superada la crisis aguda requieran tratamiento ambulatorio) y del Sistema Judicial. En este último caso, existe en el Departamento de Salud Mental de la Municipalidad un equipo interdisciplinario centralizado que recibe las derivaciones mediante Oficio judicial. Luego, si la persona tiene intención de realizar tratamiento, es derivada a su Centro de Salud más cercano. Por otra parte, los CAPS efectúan derivaciones hacia los hospitales provinciales (HIEMI e HIGA) en casos que requieran internación o superación de una crisis aguda; así como también derivan casos más específicos a instituciones especializadas para el tratamiento de problemáticas como Abuso Sexual Infantil, violencia familiar, violencia de género o adicciones, entre otras.

A nivel del hospital provincial, reciben derivaciones de los CAPS y, como afirma uno de los entrevistados, un importante foco de derivación en los últimos tiempos ha sido el Servicio Penitenciario de Batán; expresando que en algunas oportunidades el hospital es utilizado como depósito o institución de contención para internos del Penal que se encuentran en

situación de peligro o para menores en conflicto con la ley penal. Por otra parte, deriva aquellos casos que considera pertinentes a los diferentes CAPS o a instituciones que trabajan problemáticas específicas como las ya mencionadas.

Al interrogarlos acerca de la realización del trabajo articulado con otras instituciones y el funcionamiento de dicha articulación, los mismos mencionaron que es posible con los siguientes establecimientos:

1. En el caso de los CAPS:

- § Escuelas y Jardines de Infantes (vía informe o entrevista con E.O.E)
- § Sistema Judicial (vía oficio judicial)
- § Centro de Promoción Social A.I.Pe
- § CPDeN (por ejemplo, otorgamiento de becas para tratamiento)
- § A.N.A (vía reunión entre equipos)
- § C.P.A (horas de trabajo de profesional del C.P.A radicadas en algunos CAPS).

2. En el caso del HIGA:

- § Sistema Judicial (vía oficio judicial)
- § Centro de Promoción Social A.I.Pe (a través del acompañamiento de paciente externado del hospital hacia el ingreso en este centro)
- § C.P.A y Posada del Inti (continuación de tratamiento para pacientes con adicciones)
- § Curaduría (por ejemplo, solicitud de Acompañamiento Terapéutico para paciente en proceso de externación).

- § Hogar “El Campito” (alojamiento de pacientes en situación de calle, otorgamiento de becas laborales)
- § Colegio de Psicólogos (jornadas conjuntas, elaboración de documentos y artículos)
- § Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias de la Salud de la UNMDP (seminarios, cursos, jornadas, congresos, programas de Residencias/Concurrencias/Prácticas de pregrado y posgrado)
- § Instituciones estatales de ciudades cercanas: Hospitales municipales y Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea, Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn (Melchor Romero), Colonias Open Door y Montes de Oca (derivación de pacientes crónicos vía informes, comunicación telefónica, reuniones entre equipos). Con respecto a estas instituciones, uno de los entrevistados manifiesta dificultades relativas a la imposibilidad de derivar pacientes crónicos debido a la falta de camas en dichas instituciones; así como problemáticas en torno al creciente número de casos de pacientes con patología dual:

Generalmente están repletos. Por lo tanto, el hospital termina teniendo pacientes crónicos. Tenemos pacientes años metidos acá en el servicio de agudos. Eso es otra cosa que no tiene ningún sentido, pero no hay ninguna respuesta. Y Mar del Plata, siendo una ciudad tan grande tendría que tener un centro de crónicos. Así que no se deriva porque no hay lugares donde derivar. Pero en el caso de que se consiga la derivación, es a estos lugares ... Y después tenemos un

súper tema, que es el de adicciones. Hoy en día, te diría que más del cincuenta por ciento de los pacientes que atendemos están relacionados con el tema de las adicciones, creo que no quedan casi pacientes psicóticos puros, la mayoría son todos pacientes duales. Y no hay en Mar del Plata un solo centro de duales, no hay un solo lugar para mujeres. Vos tenés una paciente mujer, adicta y psicótica, y no hay lugar en Mar del Plata... El CPA era el lugar donde se estaban internando, pero actualmente está como en desmantelamiento. No reciben pacientes, no tienen lugar para mujeres, no sé bien cuál es la idea, qué es lo que piensan hacer porque es una bola de nieve el tema de adicciones en Mar del Plata. Cada vez peor, cada vez más pacientes, cada vez más graves, cada vez de menor edad. Es muy complejo ese tema, y para mí uno de los más candentes.

Por otra parte, del total de los encuestados, un 67% ha respondido que realiza tratamientos en conjunto con otras instituciones, mientras que el 33% restante respondió en forma negativa.

Seguimiento de los Casos Una Vez Derivados

Los profesionales entrevistados pertenecientes a los diferentes CAPS que conformaron la muestra respondieron que, una vez que los pacientes atendidos son derivados a otras instituciones, se realiza un seguimiento de los mismos bajo la condición de que continúen simultáneamente asistiendo a tratamiento en la sala, y/o en casos considerados de gran complejidad o de

riesgo. Los profesionales encuestados del mismo ámbito, respondieron afirmativamente a esta misma pregunta, mencionando las siguientes modalidades de seguimiento:

- § Comunicaciones telefónicas periódicas entre ambas instituciones
- § Reuniones de equipo conjuntas entre ambas instituciones
- § Envío de informes entre ambas instituciones
- § Visitas domiciliarias y seguimiento por parte de Trabajo Social
- § Acompañamiento familiar conjunto entre ambas instituciones.

Por otra parte, de los profesionales entrevistados pertenecientes al HIGA, uno de ellos respondió no realizar seguimiento de los casos derivados ya que dicho hospital atiende pacientes en estado agudo y luego la atención la debe llevar a cabo la institución a la cual dicho paciente es derivado para su atención. Los dos entrevistados restantes plantearon que el seguimiento que se realiza es bajo la modalidad de consultorio externo, si el paciente permanece en tratamiento ambulatorio en el hospital. De los profesionales encuestados de esta institución, dos de ellos respondieron que no realizan seguimientos mientras que otros tres plantearon que sí lo hacen, por la vía de consultorio externo, Trabajo Social o la determinación de que el paciente continúe asistiendo (aún cuando fue derivado) a controles periódicos en el hospital.

Realización de Actividades de Prevención

La totalidad de los entrevistados pertenecientes a los CAPS que conformaron la muestra respondió que realiza actividades de prevención -en

sus diversos niveles, primaria, secundaria y/o terciaria- como parte de su actividad profesional en dichas instituciones. Como ya se indicó en el apartado referido a modalidades de atención, las actividades de prevención por ellos enumeradas son las siguientes:

- § Taller de educación terapéutica para personas con diabetes
- § Taller de Pre parto
- § Taller para dejar de fumar
- § Control del niño sano
- § Charlas en comedores, escuelas, jardines de infantes
- § Entrevistas de seguimiento del embarazo
- § Actividades en Sala de Espera
- § Actividades relacionadas con Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Resulta destacable lo comentado por uno de ellos en torno a esta última actividad, y la importancia de su carácter preventivo:

No sólo se trabaja salud reproductiva y procreación, sino que surgen muchísimas cuestiones acerca de la crianza de los hijos, proyecto de vida, situaciones de pareja, situaciones sociales, los disparadores tienen que ver con la salud sexual y surgen muchísimas cuestiones. Por ahí después aparece alguien que dice "uh, yo quiero pedir un turno con psicología", u opera como un espacio donde también conocen a todo el equipo.

También exponemos aquí lo manifestado por otro profesional quien a pesar de afirmar que realizan actividades de tipo preventivo las mismas se ven limitadas por la falta de recursos que sufren las instituciones:

Sí se realizan. Pero está bastante acotado porque no tenemos muchas horas, entonces volvemos a lo mismo, a la falta de recursos humanos.

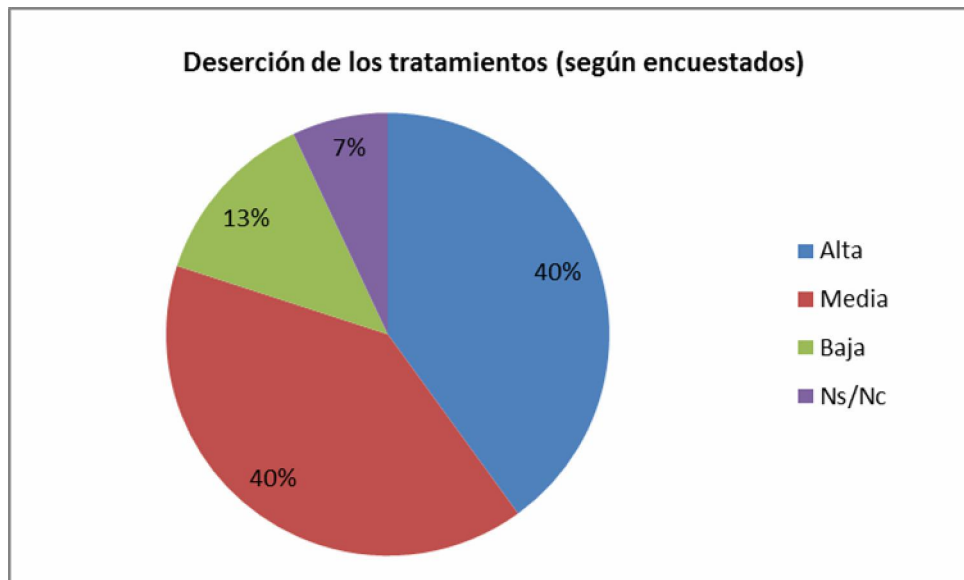
En relación a lo antedicho, los profesionales del HIGA expresaron no realizar actividades específicas de prevención. Uno de ellos lo vincula a la falta de recurso económico y humano:

Habíamos hecho una propuesta, cuando yo recién vine, que por ahí uno viene con todas las ganas de hacer cosas... en un hospital de Buenos Aires hay lo que se llama un servicio de post-alta: se hace un seguimiento al paciente, se va a la casa, se genera un vínculo para prevenir la re internación. Pero no se logró porque había que invertir gaita, había que sacar un psiquiatra de los que había para este otro servicio, entonces no.

Motivos Más Frecuentes de Deserción de los Tratamientos

Al solicitarle a los encuestados su consideración acerca de la deserción de los tratamientos por parte de los pacientes, indicando si creían que la misma es alta, media o baja, se obtuvieron los siguientes resultados, indicados en el Gráfico 4.

Gráfico 4. Deserción de los tratamientos (según encuestados).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Al interrogarlos acerca de los motivos más frecuentes por los cuales algunos consultantes abandonan o interrumpen los tratamientos, el 88% (integrado por profesionales pertenecientes a los CAPS) respondió que un motivo importante es el relativo a la falta de implicación o demanda de tratamiento, imposibilidad de construcción de la demanda o resistencias personales/familiares del consultante. Hecho que atribuyen a la falta de implicación a la situación de muchos consultantes de asistir por derivación de instituciones o profesionales que determinan por diversas cuestiones (por ejemplo, oficio judicial ante causa de Violencia Familiar, decisión del Equipo de Orientación Escolar de la escuela a la que asiste un niño, entre otras) el requisito de asistencia a tratamiento de Salud Mental.

Muchos de los que abandonan tienen que ver con que no consultan por una cuestión propia, vienen derivados de la escuela, o presionados por instancias judiciales, vienen muchos del Patronato de Liberados, de la Fiscalía por situaciones de violencia doméstica o

exclusión del hogar. No hay una demanda, entonces vienen para cumplir con lo formal y después dejan de venir.

Hay más bajas por deserción o abandono, que por alta profesional. Al abandonar, no sabes por qué. Tampoco es para todos el tratamiento, el compromiso, implica empezar a revisar un montón de cosas de uno. Por ahí algunos vienen con otra idea, algo más mágico, que en dos o tres entrevistas se solucionen cosas que son muy complicadas.

Me parece que el motivo por el cual puede dejar un paciente es que cuando viene no viene con una cuestión de pregunta, interrogante, implicación. Por ahí vino porque le dijeron o porque lo derivó el médico clínico, o porque la familia le insistió. A veces puede suceder que una persona venga derivada hasta de la justicia y después se implique, pero en general los que dejan tan rápido es por eso, porque no hay por lo menos ganas de hacerse una pregunta para ver "qué me está pasando, qué tengo que ver yo con esto que me pasa".

Además, el 50% de los entrevistados indicó como motivo frecuente la aparición de dificultades horarias y/o laborales para asistir a la institución y continuar con el tratamiento previsto; y el 25% planteó como razón de abandono, la imposibilidad económica para asistir a la institución -uno de ellos explicando que en algunas oportunidades desde Trabajo Social se logra tramitar alguna forma de beca o subsidio para que el consultante pueda asistir-.

Esbozando algunas conclusiones de lo trabajado en este eje sobre lo referido a la atención de los Servicios de Salud Mental, comenzamos puntualizando acerca del factor económico o presupuestario como el más mencionado por los profesionales que conformaron la muestra dentro de los aspectos que inciden a la hora de brindar atención en Salud Mental a nivel de una institución pública. Dentro de este gran factor económico/presupuestario, incluimos las problemáticas referidas a la gran cantidad de demanda de la población, recurso humano insuficiente - enfatizando nuevamente la falta de profesionales psiquiatras y enfermeros-, franjas o módulos horarios de trabajo insuficientes y condiciones edilicias deficitarias. Otra vez aparece, en una de las citas de lo expuesto por un entrevistado, la pregunta por *el lugar que se le da a la salud* al momento del reparto total de las partidas presupuestarias. No podemos dejar de vincular aquí el factor económico con el político, es decir, con la decisión política de implementación del gasto en una u otra dirección -como ejemplo, también citado por un profesional, el recientemente inaugurado CEMA, y la enorme partida presupuestaria destinada a tales fines-.

Como ya ha sido abordado en el Plan de Trabajo de esta investigación, consideramos que todas las cuestiones o aspectos puntuados aquí como opciones a identificar, aspectos económico/presupuestarios, políticos, ideológicos, teóricos y legales, influyen sobre la forma y la calidad de atención de los Servicios de Salud Mental de las instituciones públicas. Pero resulta evidente que según los profesionales que conformaron esta muestra, el primero ha sido el de mayor consideración.

En segundo lugar, la calidad de atención fue calificada por los efectores de salud mental como *buena* o *satisfactoria* en líneas generales. Aquí resulta interesante rescatar que, para estos profesionales, la calidad de atención puede calificarse positivamente al ser vinculada con cuestiones personales como el compromiso profesional, la ética y el trato humanitario con los usuarios; mientras que aquellos que la califican como negativa vinculan, otra vez, las falencias de índole presupuestaria.

En tercer lugar, podemos hallar en estas instituciones una amplia variedad de modalidades o dispositivos para la atención de la salud mental. Si bien emerge como problemática propia del hospital provincial la ausencia de dispositivos grupales de tratamiento y de actividades vinculadas con la prevención, en general los profesionales han dado cuenta de numerosos espacios con los que cuentan los habitantes de la ciudad y de la región para canalizar su demanda de atención: procesos de admisión, tratamiento ambulatorio individual y/o grupal, internación, derivación, entrevistas domiciliarias, seguimiento o screening, talleres, actividades de prevención, guardia de urgencias, interconsultas, hospital de día. A su vez, de acuerdo a lo relevado parece existir una adecuada derivación y comunicación entre diferentes instituciones, aunque en ocasiones la falta de espacio o la inexistencia de instituciones locales públicas para la atención de pacientes con problemáticas más específicas, dificulta esta derivación; debiendo atender la institución receptora a pacientes que no cumplen con los requisitos de atención dentro de la misma.

En cuarto lugar, es posible plantear la problemática de la deserción o el abandono de los tratamientos, siendo la misma considerada por los profesionales de media a alta dentro del total de los casos tratados por las instituciones; vinculándose ésta, en general, a la falta de implicación o demanda de tratamiento, imposibilidad de construcción de la demanda o resistencias personales/familiares del consultante.

Ahora bien, en un intento de relacionar estas cuestiones referidas a la atención de la salud mental, resulta llamativo que aun cuando el factor económico o presupuestario parece ser el más tenido en cuenta como aquel que influye considerablemente sobre la atención que se brinda a los usuarios, esto no parece vincularse del todo ni con la calificación sobre la calidad de la atención, ni con las causas que llevan a la deserción o el abandono de dicha atención por parte de los usuarios. En otras palabras, la calidad de la atención sigue siendo considerada buena y parecen compensarse las falencias desde lo económico con el alto nivel de esfuerzo personal y compromiso de los profesionales; y por otra parte, no se hace presente el factor presupuestario a la hora de explicar los motivos de deserción de los tratamientos: aún cuando se menciona la problemática de la dificultad para responder al pedido de atención de la gran cantidad de población en las instituciones -existiendo en algunas de ellas listas de espera-, la explicación de por qué los consultantes deciden no asistir a un tratamiento queda depositada en las características personales de éstos, cuestiones como la falta de implicación o las resistencias del consultante o su familia.

Eje 3. Demanda Atendida

Desde sus inicios, la población marplatense se caracterizó por una fuerte influencia de las migraciones internas y externas. Así en 1895 el 40% de la población del Partido era extranjera, predominantemente de origen italiano y español. Ya desde esa época comenzó a notarse un incremento poblacional en verano, no sólo de veraneantes sino de población con intenciones de asentarse en la ciudad. El ritmo de crecimiento demográfico fue muy lento al principio, sólo después del censo de 1947 se superaron los 100.000 habitantes, valor que se duplicó en 1960 con el arribo de familias principalmente de Buenos Aires, del interior del país y de la provincia. El censo de 1991 contabilizó en la ciudad unos 500.000 habitantes. Mar del Plata como cualquier otra ciudad turística del mundo, experimenta una notable variación entre la población estable y la estacional (Martínez Miqueléz, 2006).

Según el censo poblacional del año 2010, los primeros datos disponibles son de 614.350 habitantes sobre un total de 316.014 viviendas censadas, de los cuales un 47,7% pertenece a hombres y un 52,23% a mujeres. Esto representa un incremento poblacional de más del 8% con respecto al anterior censo, de 2001, donde se contabilizaron 564.056 habitantes. Esta magnitud poblacional la ubica como el quinto municipio con más de 500.000 habitantes, luego de La Matanza, Córdoba capital, Rosario y La Plata (Dirección Provincial de Estadística, 2001; 2010).

Por otro lado, con respecto a la cobertura de Salud, si bien no contamos con datos sobre el porcentaje de la población de la ciudad de Mar

del Plata que cuenta con la misma -ya sea a través de Obras Sociales o sistema de Prepagas-, podemos dar cuenta del mismo a nivel provincial. Su conocimiento resulta interesante pues permite saber cuál es el porcentaje estimativo de la población de la ciudad que debe recurrir a los sistemas públicos de salud en caso de ser necesario. Según el Censo Nacional del año 2010, en la provincia de Buenos Aires entre el 60% y el 70% de la población cuenta con cobertura de salud. Si trasladamos estos porcentajes a la ciudad de Mar del Plata tomando el 60% como el número de ciudadanos con cobertura de salud, 453.600 habitantes estimativamente tendrían cobertura y 311.400 deberían recurrir al campo público de salud. Al considerar el 70% como referencia, 535.500 contarían con cobertura y 229.000 recurrirían al servicio público (Dirección Provincial de Estadística, 2010). Es necesario recordar que estos números serían ilustrativos de la demanda que sería canalizada por cada servicio teniendo siempre en cuenta las aclaraciones hechas anteriormente.

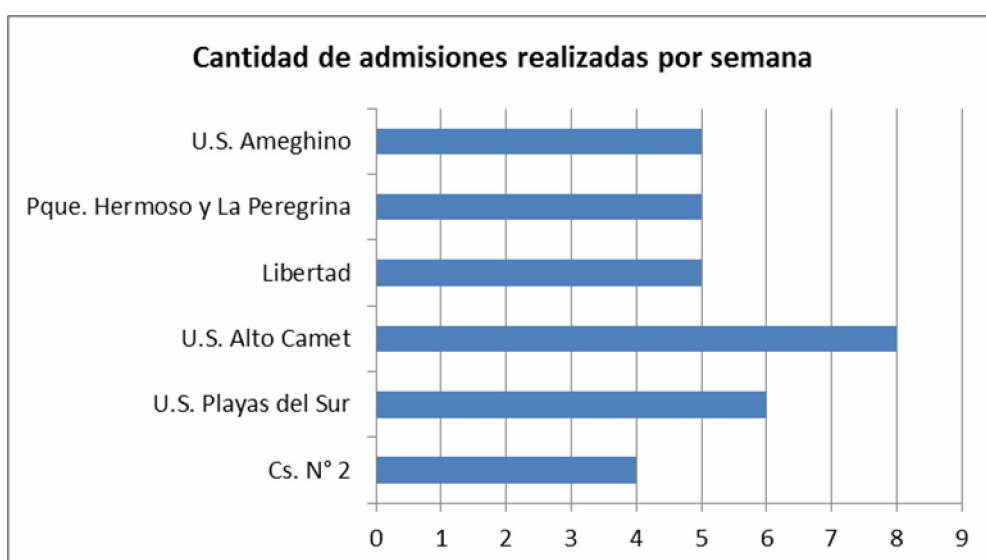
Cantidad de Admisiones Realizadas por Semana

Al observar en primer lugar a las instituciones del nivel municipal, podemos decir -según lo muestra el Gráfico 5- que:

- § El número de admisiones varía entre 4 y 8 por semana, siendo Alto Camet quien posee el mayor número y el Centro de Salud n° 2 la menor cantidad.
- § El resto de las Unidades promedian 5 admisiones por semana.

Es necesario aclarar que tanto en este gráfico como en los siguientes de este apartado se aunaron los CAPS Parque Hermoso y La Peregrina, dado que ambos poseen una sola psicóloga la cual es el único miembro del equipo de Salud Mental y respondió por los dos centros sin discriminar entre ellos.

Gráfico 5. Cantidad de admisiones realizadas por semana (CAPS).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

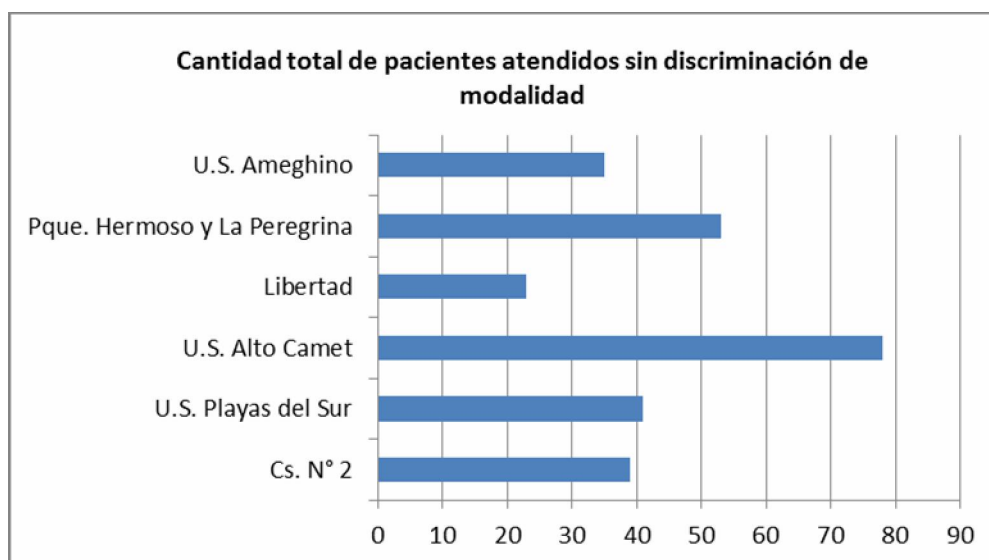
Los profesionales refieren, justificando este promedio de admisiones, la necesidad de restringir el número de las mismas porque luego no se puede continuar con el tratamiento. Otros comentan que no es sólo el tiempo de la admisión lo que se tiene en cuenta a la hora de planificar los turnos, sino que también la burocracia y las reuniones que se suscitan a partir de cada nuevo caso.

Con respecto al hospital provincial, los profesionales refieren establecer un número aproximado de seis admisiones por semana.

Cantidad de Pacientes Atendidos por Semana

Retomando el panorama de los CAPS municipales, la cantidad de pacientes atendidos por semana por los miembros psicólogos del equipo de salud mental varía entre 23 y 78, como se muestra en el Gráfico 6. De estos valores hay tres CAPS que se destacan por atender un mayor número de pacientes en relación al resto de la muestra, siendo que poseen el mismo número de profesionales psicólogos que las otras unidades. Esta diferencia se debe a que tres de ellos implementaron la modalidad grupal de atención. Estos son quienes más pacientes atienden por semana: Alto Camet (78) y La Peregrina y Parque Hermoso (53). La Unidad Sanitaria Libertad es la que menos pacientes atiende por semana.

Gráfico 6. Cantidad de pacientes atendidos sin discriminación de modalidad (CAPS).

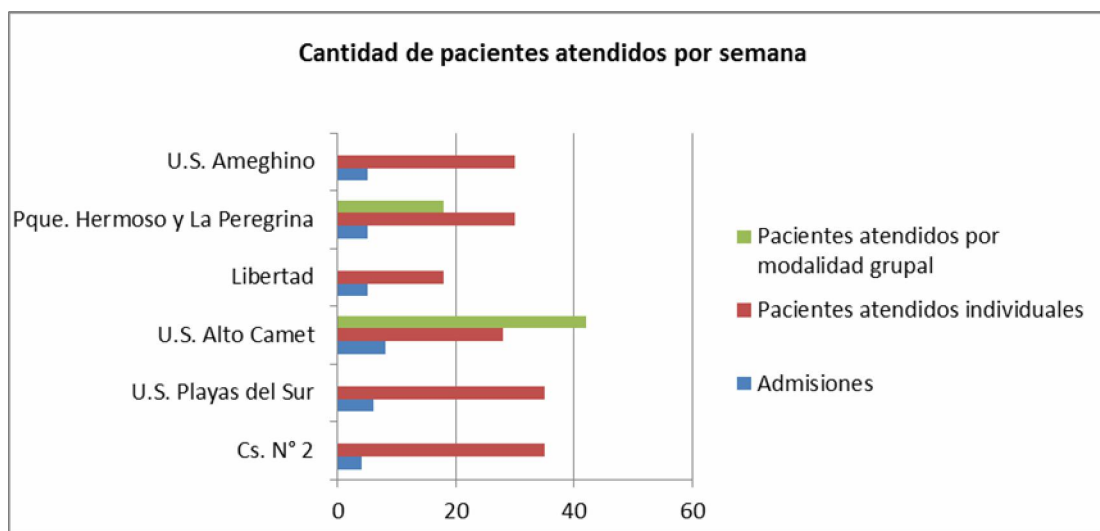


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

En el Gráfico 7 discriminamos por modalidad de atención, pudiendo observar que en todas las salas el número de admisiones es considerablemente inferior al número de pacientes atendidos

individualmente. Este último oscila entre 18 y 35 pacientes individuales atendidos por sala por semana. Como se dijo anteriormente, los CAPS que mayor demanda atienden son quienes han implementado los dispositivos grupales como modalidad de atención.

Gráfico 7. Cantidad de pacientes atendidos por semana según modalidad de atención: admisión, individual o grupal (CAPS).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

La cantidad de pacientes atendidos por semana por la totalidad del equipo de Salud Mental oscila entre 53 y 148 pacientes por semana, recordando que no todos los CAPS poseen el equipo de Salud Mental completo, tal como fue detallado en el Eje anterior de este trabajo.

En cuanto al Hospital Provincial, los profesionales psicólogos atienden en consultorio externo entre 15 y 20 pacientes aproximadamente. En cuanto a lo que refiere a la internación la población es fluctuante, rondando la cantidad de 184 pacientes crónicos. A esto se suman dos pacientes semanales provenientes de interconsulta –se intenta resguardar este

número ya que normalmente al menos uno de estos pacientes desemboca en una internación-; y entre 10 y 15 pacientes atendidos por guardia.

Características y/o Particularidades de la Población Atendida

Con respecto a las características de la población según los entrevistados en el marco de esta investigación, encontramos que todos señalan que las características de la población atendida son diferenciadas. Es decir, muchos de los profesionales atienden en más de una unidad y establecen diferencias marcadas según los barrios. En algunos las problemáticas más comunes están relacionadas al abuso de sustancias y más puntualmente alcohol, relacionado esto con las condiciones de vida que han debido soportar los pacientes en los últimos diez a quince años; y asociado por los profesionales, a su vez, con el aumento de consumo de sustancias como la cocaína y la marihuana. Otros CAPS argumentan problemáticas relacionadas con la inseguridad y la venta de drogas en el barrio:

Acá se ve mucho la cuestión de la delincuencia, la droga, la gente trae estas cuestiones. Te dicen: el de al lado vende droga, a la noche hay que tener cuidado con los tiros. Esta es la problemática, es la característica del barrio.

Otros comentan tener mayores casos de violencia familiar, pero no tanto como casos relacionados con el abuso de sustancias o delincuencia.

Todos los CAPS coinciden en mencionar que la población atendida es variada en lo que refiere a su situación económica, con predominio de personas en situación de vulnerabilidad:

Son de clase media un tanto deteriorada, que en su momento tuvieron obra social. Está ese grupo de gente, y después, los caídos del sistema, que viven en condiciones poco dignas.

Principalmente son de bajo nivel socioeconómico, sin embargo hay de todo: hay gente de La Herradura, hay bolivianos, gente que está bien, gente que tiene negocio pero que no tiene obra social. Esto parece común, mucha gente que está bien, tiene auto y casa de material, pero no tiene obra social.

Con respecto a las características de la población atendida refieren que esto repercute en la atención de diferentes modos:

En la otra sala está mucho más asociada a una actitud más de reclamo, muchos departamentos usurpados, es distinto el trato de la gente, como que el sistema les debe algo, la actitud es más patotera.

Si hay otras necesidades, salud mental no es una prioridad, digamos, porque está primero el pan, entonces no acuden a salud mental, sí a la sala.

Se trabaja desde un lugar que muchas veces determinada población no sabe bien ni qué hace el psicólogo, entonces también hay una

cuestión como pedagógica a partir de explicarle qué hago, cómo voy a trabajar. Quedás o muy encasillado como el médico, o como una cuestión esotérica.

En lo que refiere a la edad de los demandantes del servicio, comentan que es variada, pero dentro de la población adulta son mayormente las mujeres las que recurren al mismo.

Por último, muchos CAPS comentan que gran parte de la población atendida, si bien reside en Mar del Plata, llega a la ciudad por migraciones internas de provincias del norte del país, o por migraciones externas de países vecinos.

En lo que respecta al hospital provincial, los entrevistados refieren que la población atendida proviene no sólo de la ciudad sino de la zona o de ciudades vecinas, además de los turistas de verano. La demanda es de pacientes adultos mayores de 16 años, generalmente con predominio de las mujeres en la modalidad de atención individual en consultorio externo.

Padecimientos Más Frecuentemente Atendidos o Tratados

De toda la muestra, los padecimientos más frecuentemente atendidos resulta ser muy variada. No obstante según la recurrencia con la que aparecieron determinadas problemáticas podemos decir que de la población adulta, los más frecuentes son los siguientes, ordenados de mayor a menor predominancia:

- § Psicosis
- § Trastornos por Abuso de Sustancias

§ Ataques de Pánico

§ Trastornos de Personalidad

§ Depresión.

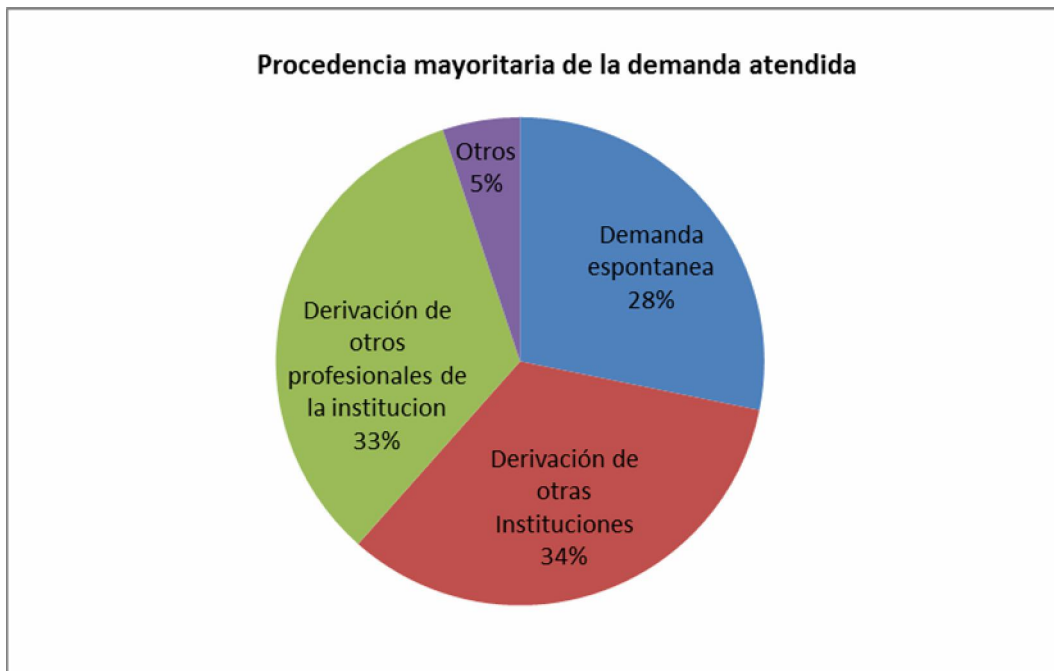
Con menor frecuencia pero con una prevalencia importante, aparecen casos de maltrato y violencia familiar, neurosis, descompensaciones.

En la población infantil la mayoría de los casos se debe a trastornos de conducta y proviene de derivaciones del sistema escolar.

Procedencia de la Demanda de Población Atendida

El Gráfico 8 muestra la procedencia mayoritaria de la demanda atendida. Es necesario aclarar que las dos Unidades Sanitarias que marcaron otras fuentes hicieron referencia con esto al poder judicial –dato que podemos interpretar como demanda proveniente de derivación de otras instituciones-.

Gráfico 8. Procedencia mayoritaria de la demanda atendida (según encuestados).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Tiempo Promedio de Tratamiento y/o Internación de un Paciente

Los diferentes CAPS refieren que hay desde Salud Mental una directiva sobre la duración de los tratamientos, de todas formas ésta no es privativa de tratamientos más extensos. Encontramos que los entrevistados dan cuenta de diferentes tiempos como los estipulados por esta directiva: algunos contemplan los seis meses con la posibilidad de ampliar seis meses más el tratamiento, otros son de veinticuatro sesiones y hay de treinta, pero en todos rondan el año, como límite en la duración del tratamiento. Más allá de esto, todos coinciden en que hay casos que permanecen por más tiempo en el servicio.

Por ejemplo, yo estoy trabajando con un niño con una problemática muy compleja, hace cerca de dos años que lo veo y es muy difícil si

vos venís trabajando y se han venido consiguiendo ciertas cosas y uno nota mejoría, poder decir: ya fueron dos años, dejamos acá. Hay excepciones, en general son esos los tiempos que se manejan, pero podemos tener excepciones, no es una cuestión rígida que uno dice, "seis meses, ya está, la próxima semana dejamos", ¡no! Si vemos que se puede ir trabajando algo más uno sigue unos meses más, a lo mejor después sigue siendo quincenal, después lo va tratando de hacer mensual, como para que el paciente vaya haciendo un corte gradual. Y estamos trabajando en un proyecto para pacientes crónicos, para esos pacientes que siempre demandan del servicio.

Por otro lado, hay servicios que contemplando esta situación están intentando generar otros dispositivos para poder atender a los pacientes crónicos.

Estamos trabajando para armar un dispositivo grupal, porque hay pacientes que siempre vuelven y no es que se los deja afuera. Hay determinados pacientes con los que el servicio a veces colapsa.

En relación a los tiempos máximos de los tratamientos, no contamos con datos sobre su duración en promedio, teniendo en cuenta la deserción de los mismos y las altas dadas antes de los seis meses o el año.

En el Hospital la situación es diferente, dependiendo del dispositivo, el tiempo de duración de los tratamientos varía. Lo habitual en internación serían dos meses, pero señalan que hay pacientes que están años. En consultorio se atiende también a pacientes crónicos, por lo que los tratamientos suelen ser de por vida. Nos parecen interesantes dos relatos

que ilustran ampliamente la complejidad de la situación del hospital con respecto al tiempo de los tratamientos:

En consultorio se atienden crónicos, así que la mayoría se atienden de por vida, a no ser que consigamos hacerles PAMI, y ahí logramos que se vayan a otro lado. Hay una masa de pacientes monstruosa que son del hospital, y que seguirán siendo del hospital, toda su vida. Van pasando por los diferentes psiquiatras, te cuentan "me atendía tal", todos los que estuvieron antes...

Lo que es importante es que si el alta está, no se prolonga innecesariamente, salvo para aquellas personas en situación de calle: la persona se va, cuando tiene a dónde ir. Sí, tenés pacientes crónicos cuando no se debería, pero no podés dejar a alguien en la calle.

En uno de estos relatos vemos un ejemplo de las distintas estrategias que deben realizar desde el servicio para disminuir los tiempos de internación, como ser tramitarles a los pacientes una obra social a partir de una jubilación. En el otro vemos como el servicio se ve colapsado por pacientes que no deberían estar en el mismo pero dada su falta de vivienda o de redes externas, no pueden abandonar la institución.

Sistematización de la Información

Cuando se les pregunta a los diferentes CAPS por la sistematización de datos, contestan que lo hacen por medio de la hoja de historia clínica, los

libros de admisión, libro índice de historia clínica y la planilla de estadística denominada *Hoja n° 2* que sistematiza los siguientes datos: día en que concurrió el paciente, apellido y nombre, tipo y n° de documento, domicilio, si tiene obra social, si consulta por primera vez o está en tratamiento, edad, si es varón o mujer, diagnóstico según CIE10, si concurrió al encuentro - presente o ausente-, derivación, si el tratamiento es individual o grupal y si se dio de baja o de alta. Estas planillas se entregan cada quince días al coordinador de salas que es quien las lleva al sector de Estadística de la Municipalidad. Ahora bien, en cuanto a si reciben una devolución sobre el tratamiento estadístico de estas planillas, responden:

A veces el Departamento de Salud Mental a partir de estas estadísticas que recibe en el año, podemos saber qué patologías se atendieron, cuáles prevalecen. El año pasado en las reuniones de capacitación que tenemos se hizo una devolución de cada CAPS, pero bueno, en realidad, está ahí, qué se yo...

Lo que hay (aunque acá hace ya varios años que no llega) es una devolución anual de estas planillas para la Sala, que dice por ejemplo, pediatría atendió a tantas personas, tantas patologías, las tres patologías que más marcamos según el CIE10. Si uno quiere puede pedir. Nosotros para la presentación del congreso, pedimos datos sobre la atención a embarazadas a estadísticas, y nos mandaron todo.

No sé, nunca entendí bien el motivo porque a esa instancia no llegamos nunca, a la de la devolución de la estadística.

Cada seis meses nos llega una devolución de estadística, lo que pasa es que nosotros no necesitamos esperar a que nos llegue la devolución para saber qué cosas están siendo más problemáticas, o a qué cosas atender, o en qué cosas nos interesa formarnos. Porque nosotros tenemos comunicación. Tenemos reuniones de equipo acá en la sala, y reuniones de área por cada especialidad.

Las planillas deben servir para algo, para estadística, para epidemiología y para controlar lo que hacen los profesionales; pero nunca supe qué se hace con esos datos después, no vi ningún procesamiento de la información. Eso lo pide Provincia por cuestiones económicas y presupuestarias. Si bien las salas son Municipales, es Scioli el que manda la plata a los Municipios.

En lo que respecta al hospital provincial, refieren que cuentan con las historias clínicas, y una planilla donde se registra el documento del paciente, el diagnóstico, en qué Partido vive y si tiene obra social. Esta planilla es para Guardias y Consultorio Externo, y son trabajadas en el sector de estadísticas que tiene el mismo hospital. Los entrevistados refieren diferentes problemáticas relativas a esta cuestión:

Sí, se hace, pero no como se debería. Es algo te diría formal, no es muy real. Es más, el hospital tiene un servicio de estadística, pero olvidate, no hay nada serio.

Hace un año hice un trabajo, tuve que ir a estadística a pedir los registros de los pacientes que se atienden los domingos: en la computadora no había nada, me abrieron una caja, donde tuve que buscar en los juegos abrochados los domingos.

Ni siquiera, como te decía, hay un criterio diagnóstico, entonces no se puede hacer ningún estudio si no se hacen primero los diagnósticos, cuando según la escuela de cada uno diagnostican diferente.

Lo de consultorio externo y guardia va a parar a una estadística, diferente a lo que es turnos que va a cómputos y después a la historia clínica, donde uno pone si concurrió o no. Muchas veces pasa que o el paciente no pasa el turno, el profesional no le da el turno para que lo pase o no llega la historia. Hay un subregistro, es impresionante. No sólo es el paciente, sino que también uno entrevista a los familiares, casi siempre. Son prestaciones también, como las comunicaciones con curaduría, interconsulta también.

Recién ahora cuando uno va a la guardia, te hacen ir hasta la computadora que está en el otro edificio para que te registren, sino no

había ningún dato. En Salud Mental no tenemos PC ni secretaria en las guardias. Por eso tienen que ir al otro edificio para avisar que se tienen que atender. Entonces, lo que pueden llegar a tener en estadística no tiene nada que ver con la realidad.

Es decir, observamos que por diferentes problemáticas los datos sistematizados no coinciden con la realidad de los Servicios de Salud Mental. Desde la falta de infraestructura para sistematizar los datos, hasta la no devolución de los mismos a los profesionales, cuestiones que llevan a que lo registrado no coincida con lo trabajado.

En síntesis, para pensar las características de la población marplatense hay que reconocer que, desde sus inicios, se caracterizó por la fuerte influencia de las migraciones internas y externas. No han sido ajenos a la ciudad los avatares migratorios a partir del 2000, así como las marcas en la constitución de la subjetividad de los que se fueron como también de los que se quedaron. En este sentido, nos parece importante tener en cuenta esta situación en las estrategias de abordaje de la demanda recibida por los Servicios de Salud Mental. Asimismo se observan numerosos colectivos provenientes de países de Latinoamérica (Chile, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Perú) con prácticas culturales fuertemente arraigadas que demandan acciones con reconocimiento de esa riqueza cultural que ostentan, y que no son contempladas a la hora de la planificación de las acciones a realizar. En efecto, uno de los informantes claves comenta:

Mucha gente viene de afuera y se queda en la ciudad. La gente tiene una representación de Mar del Plata como perdida, por la cantidad de

gente que se viene a vivir, en general de clase media desplazada a raíz de la crisis del 2001. Surgieron muchos asentamientos en la zona del sur, interesante porque suele ser gente joven atraída por el imaginario de lo que puede ser la ciudad... La educación y salud pública es algo que atrapa mucho a la población de países limítrofes... No se ha sabido hacer un trabajo de inserción laboral a nivel comunitario. Se espera que la gente responda como el profesional espera, saltando el paso previo de conocer la comunidad: cuáles son sus lógicas, saberes, costumbres. Recuerdo el impacto de los efectos en la subjetividad de la crisis del 2001, de los que se quedaban sin trabajo. Otro impacto es el de la gente del puerto: la caída del puerto. Lo que significa para una ciudad portuaria... El marplatense es una categoría que no estoy seguro que la sienta toda la población marginal o periférica de Mar del Plata. Parece que es un apelativo de identidad más propio del individuo de clase media.

Con respecto a esto, retomamos la mención por parte de profesionales del nivel municipal en lo que refiere a las características de la población a la que atienden como muy variada y las distintas repercusiones e impacto que dicha heterogeneidad no considerada en la planificación tienen en la práctica profesional.

En lo que hace a la sistematización de los datos, notamos que no hay información clara sobre cuál es la finalidad de la misma y que las devoluciones de la información recabada tampoco llega de igual forma a

todas las instituciones –o al menos no es percibido de la misma manera por ellas-. Por otro lado, no en todos los CAPS se completa la totalidad de los datos, aduciendo entre las posibles causas la falta de tiempo. Nos preguntamos si la falta de información sobre la finalidad de la planilla influye sobre la motivación de completamiento de la misma. Lo mismo sucede en el hospital provincial, donde por problemas relacionados con la infraestructura necesaria para un fiel registro o falta de un criterio unificado sobre las nociones diagnósticas, no es concordante con lo que sucede en el establecimiento, perdiéndose información muy valiosa para poder realizar planificaciones en salud.

El número de pacientes atendidos no reflejaría la demanda y las necesidades de la población, sino las restricciones que deben imponerse desde el servicio para evitar su colapso (limitación del número de admisiones). En cuanto al aumento en el número de pacientes atendidos, el mismo se debe a distintas estrategias implementadas desde los servicios como los dispositivos grupales o gestión de derivación a obras sociales (PAMI) para descomprimir la demanda.

Si pensamos a la Salud en términos institucionales, podemos decir que dichas instituciones, a través de su actividad profesional, generan efectos de poder-saber y de verdad sobre sus destinatarios y sus procesos de salud-enfermedad. La heterogeneidad de estos procesos se constituye como lo que Foucault (1992) denominó modos de subjetivación: la subjetividad, como la concepción de la salud-enfermedad, son formas históricas sujetas no sólo a los modos de pensar sino también de actuar que

una sociedad establece, respondiendo a un modelo de sujeto determinado. Estas formas de subjetivación están vinculadas no sólo a las variaciones epocales en la constitución de la subjetividad, sino también a la posibilidad que tienen los sujetos sobre sí mismos para transformar sus propias vidas. En este sentido, nos preguntamos, qué modos de subjetivación se estarán instituyendo en la actividad profesional en los dispositivos de atención de la salud en la ciudad.

Eje 4. Recursos Económicos, Infraestructura y Presupuesto

a. Presupuesto Municipal en Salud

Durante el año 2012, la Municipalidad de Gral. Pueyrredón ha destinado un 9,3% de su presupuesto de gastos a la Secretaría de Salud. La Tabla 5 y el Gráfico 9 muestran monto y porcentaje destinados a cada jurisdicción durante dicho año.

Tabla 5. Ejecución de gastos MGP año 2012.

JURISDICCIÓN	PAGADO	%
Intendente Municipal	\$ 11.841.872,07	0,86
Secretaría de Gobierno	\$ 162.280.126,55	11,82
Secretaría de Economía y Hacienda	\$ 592.523.493,78	43,14
Secretaría de Educación	\$ 200.528.050,14	14,6
Secretaría de Salud	\$ 127.809.821,47	9,3
Secretaría de Desarrollo Social	\$ 114.396.565,36	8,33

Secretaría de Cultura	\$ 43.646.388,22	3,17
Secretaría de Des.Prod,As.Agr.y Marít. Y Rel.Ec.Int.	\$ 8.238.092,69	0,59
Procuración Municipal	\$ 8.375.298,41	0,6
Oficina para la Descentralización y Mejora de la Administración	\$ 36.842.241,69	2,68
Secretaría de Planeamiento Urbano	\$ 32.930.337,06	2,39
Honorable Concejo Deliberante	\$ 33.863.182,99	2,46
TOTAL	\$1.373.275.470,43	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

Gráfico 9. Ejecución de gastos MGP año 2012.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

Como puede apreciarse, el sector Salud durante este período se encuentra en cuarto lugar en lo que refiere al gasto municipal, luego de Economía y Hacienda, Educación y Secretaría de Gobierno.

Ahora bien, la Jurisdicción Secretaría de Salud se encuentra dividida en diversas Aperturas Programáticas. La Tabla 6 y el Gráfico 10 muestran montos y porcentajes destinados a las distintas Aperturas Programáticas, durante el año 2012.

Tabla 6. Ejecución de gastos MGP año 2012. Secretaría de Salud. Aperturas programáticas.

APERTURA PROGRAMÁTICA	PAGADO	%
Coordinación y Administración	\$ 13.770.518,75	10,77
Prevención, Promoción y Atención de la Salud	\$ 98.247.100,70	76,87
Protección Sanitaria	\$ 9.947.129,41	7,78
CEMA	\$ 5.845.072,61	4,57
TOTAL	\$127.809.821,47	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

Gráfico 10. Ejecución de gastos MGP año 2012. Secretaría de Salud. Aperturas programáticas.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

La Apertura Programática destinada al CEMA fue incorporada en este período, no existiendo en años anteriores; años en que todos los porcentajes presupuestarios destinados a las áreas restantes fueron superiores. Considerando comparativamente el período que va del año 2008 a 2012, en el área Coordinación y Administración, el 10,77% destinado en 2012 fue superior en los años 2011 (12,5%), 2010 (11,16%), 2009 (11,09%) y 2008 (12,4%). En Prevención, Promoción y Atención de la Salud, el porcentaje de 2012 (76,87%) representa también una baja respecto de los años 2011 (79%), y más aún de los años 2010 (79,8%) y 2009 (79,9%), mientras que se asemejó, aunque aún en baja, respecto de 2008 (77,5%). En el área Protección Sanitaria, el gasto fue decreciente año a año, desde 2008 (10,11%), 2009 (9,01%), 2010 (9,04%), 2011 (8,85%), hasta el 7,78% del 2012. Con lo cual, la incorporación del CEMA durante este último período

puede haber significado visiblemente un redireccionamiento del gasto, con cierto detrimento de las otras áreas.

Por otra parte, puede observarse que el área de mayor porcentaje de presupuesto (76,87%) es la denominada Prevención, Atención y Promoción de la Salud, dentro de la cual el objeto del gasto se encuentra dividido en:

- § Gastos en personal: personal permanente; personal temporario; servicios extraordinarios; asignaciones familiares; beneficios y compensaciones.
- § Bienes de consumo: textiles y vestuario; productos de papel, cartón e impresos; productos de cuero y caucho; productos químicos, combustibles y lubricantes; productos de minerales no metálicos; productos metálicos; otros.
- § Servicios no personales: alquileres y derechos; mantenimiento, reparación y limpieza; servicios técnicos y profesionales; servicios comerciales y financieros; pasajes y viáticos; impuestos, derechos y tasas; otros servicios.
- § Bienes de uso: maquinaria y equipo.
- § Transferencias: transferencias al sector privado para financiar gastos corrientes.
- § Transferencias internas.

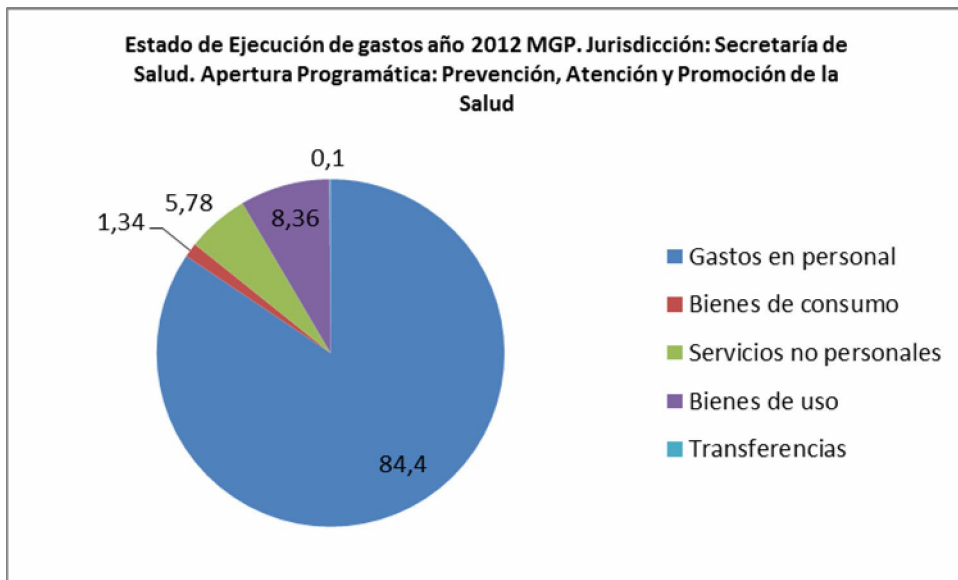
La Tabla 7 y el Gráfico 11 exponen montos y porcentajes destinados a cada objeto de gasto anteriormente descrito, según el Estado de Ejecución de Gastos del año 2012.

Tabla 7. Ejecución de gastos MGP año 2012. Prevención, Promoción y Atención de la Salud. Objeto del gasto.

OBJETO DEL GASTO	PAGADO	%
Gastos en personal	\$ 82.918.644,78	84,4
Bienes de consumo	\$ 1.323.847,21	1,34
Servicios no personales	\$ 5.679.776,43	5,78
Bienes de uso	\$ 8.220.990,74	8,36
Transferencias	\$ 103.841,54	0,1
TOTAL	\$ 98.247.100,70	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

Gráfico 11. Ejecución de gastos MGP año 2012. Prevención, Promoción y Atención de la Salud. Objeto del gasto.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013).

Entonces, dentro de esta apertura programática -área de especial interés si lo que se intenta indagar en esta investigación es lo relativo a la atención sanitaria-, puede apreciarse en primer lugar que el gasto está orientado considerablemente al otorgamiento de sueldos de personal (84.4%); y en segundo lugar, el 15,6% restante es destinado a otros fines, dejando sólo un 1,34% para el otorgamiento de bienes de consumo (materiales) necesarios para la atención sanitaria.

A fin de establecer una comparación del gasto en Salud en diferentes años, la Tabla 8 muestra el porcentaje de presupuesto destinado a cada jurisdicción en los años 2008 a 2012.

Tabla 8. Ejecución de gastos MGP años 2008 a 2012.

JURISDICCIÓN	2012	2011	2010	2009	2008
Intendente Municipal	0,86	0,8	0,55	0,72	1,1
Secretaría de Gobierno	11,82	11,63	11,95	13,82	10,34
Secretaría de Obras y Planeamiento Urbano					4,73
Secretaría de Economía y Hacienda	43,14	47,35	47,74	41,84	46,7
Secretaría de Educación	14,6	14,2	14,1	15,18	15,96
Secretaría Legal y Técnica de la MGP					1,33
Secretaría de Salud	9,3	7,63	7,96	8,77	8,07
Secretaría de Desarrollo Social	8,33	8,21	6,9	6,47	6,14
Secretaría de Cultura	3,17	3,01	3,01	3,11	3,12
Secretaría de Obras y Servicios Públicos				3,1	
Secretaría de Des.Prod,As.Agr.y Marít. y Rel.Ec.Int.	0,59	0,38	0,43	0,42	
Procuración Municipal	0,6	0,69	0,87	1,37	
Oficina para la Descentralización y Mejora de la Administración	2,68	2,38	2,18	1,06	
Secretaría de Planeamiento Urbano	2,39	1,31	1,85	1,61	
Honorable Concejo Deliberante	2,46	2,34	2,41	2,46	2,47

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Municipalidad de General Pueyrredón (2013). Nota: Las celdas vacías expresan que durante ese año el presupuesto no incluyó esa jurisdicción.

Como puede observarse, el presupuesto destinado a la Secretaría de Salud durante el año 2012, fue el más alto de este período de cinco años. Respecto del 2011 (presupuesto más bajo), el aumento fue de \$40.637.490, es decir, 46,60% más en el lapso de un año. Cabe aclarar que este incremento se debe en parte a la gran inversión que significó el CEMA, que si bien pudo concretarse con apoyo económico de los gobiernos nacional y

provincial, significó para el municipio -como se detalló anteriormente- una suma cercana a los seis millones de pesos.

b. Presupuesto Provincial en Salud

La Tabla 9 muestra el presupuesto de gastos y recursos de la administración provincial para el año 2012, en monto y porcentajes, discriminado por jurisdicción.

Tabla 9. Presupuesto de gastos y recursos de la Administración Provincial año 2012.

JURISDICCIÓN	IMPORTE	%
Gobernación	\$ 1.055.004.900,00	0,93
Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros	\$ 841.074.160,00	0,74
Ministerio de Gobierno	\$ 52.827.400,00	0,46
Ministerio de Economía	\$ 25.699.354.486,00	22,57
Ministerio de Justicia y Seguridad	\$ 10.877.070.547,00	9,55
Ministerio de la Producción	\$ 269.154.721,00	0,24
Ministerio de Asuntos Agrarios	\$ 181.480.200,00	0,16
Ministerio de Salud	\$ 7.382.815.000,00	6,48

Ministerio de Infraestructura	\$ 1.776.281.485,00	1,56
Ministerio de Desarrollo Social	\$ 3.910.215.300,00	3,43
Ministerio de Trabajo	\$ 194.447.000,00	0,17
Defensoría del Pueblo	\$ 96.425.239,00	0,85
Asesoría General del Gobierno	\$ 60.510.400,00	0,05
Fiscalía de Estado	\$ 112.981.680,00	0,10
Tesorería General de la Provincia	\$ 35.527.000,00	0,03
Contaduría General de la Provincia	\$ 75.141.200,00	0,06
Tribunal de Cuentas	\$ 136.986.103,00	0,12
Junta Electoral	\$ 11.283.200,00	0,01
Poder Judicial	\$ 4.919.475.200,00	4,32
Consejo de la Magistratura	\$ 10.078.500,00	0,01
Organismos Descentralizados	\$ 38.727.105.167,00	34,01
Instituciones de Previsión Social	\$ 17.427.275.400,00	15,31

TOTAL	\$ 113.852.514.288,00	100,00
-------	-----------------------	--------

Fuente: Elaboración propia en base a Ley Provincial 14.331/12 (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2013).

La Tabla 10 muestra los porcentajes por Jurisdicción de los presupuestos de los años 2012, 2011 y 2010.

Tabla 10. Presupuesto de gastos y recursos de la Administración Provincial años 2010 a 2012.

JURISDICCIÓN	2012	2011	2010
Gobernación	0,93	1,08	0,80
Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros	0,74	0,79	0,88
Ministerio de Gobierno	0,46	0,07	0,08
Ministerio de Economía	22,57	21,38	20,66
Ministerio de Justicia y Seguridad	9,55	9,94	9,72
Ministerio de la Producción	0,24	0,30	0,29
Ministerio de Asuntos Agrarios	0,16	0,19	0,18
Ministerio de Salud	6,48	6,60	6,31

Ministerio de Infraestructura	1,56	1,79	1,93
Ministerio de Desarrollo Social	3,43	3,79	4,46
Ministerio de Trabajo	0,17	0,19	0,20
Defensoría del Pueblo	0,85	0,10	-
Asesoría General del Gobierno	0,05	0,06	0,06
Fiscalía de Estado	0,10	0,10	0,11
Tesorería General de la Provincia	0,03	0,03	0,03
Contaduría General de la Provincia	0,06	0,07	0,07
Tribunal de Cuentas	0,12	0,14	0,12
Junta Electoral	0,01	0,01	0,01
Poder Judicial	4,32	4,56	4,37
Consejo de la Magistratura	0,01	0,01	0,01
Organismos Descentralizados	34,01	34,52	35,18
Instituciones de Previsión Social	15,31	14,27	14,54

Fuente: Elaboración propia en base a Leyes Provinciales 14.331/12, 14199/11 y 14062/10 (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2013).

Puede apreciarse que el presupuesto provincial destinado a Salud para 2012 bajó en un 0,12% respecto de 2011, y subió un 0,17% respecto de 2010, dentro del total de las jurisdicciones. Ahora bien, considerando comparativamente los valores del Ministerio de Salud, el monto fijado para 2012 superó la suma de \$5.500.143,600 correspondiente al período 2011 en un 34% (incremento de casi dos mil millones de pesos); y la suma de \$4.152.939,000 correspondiente al período 2010 en un 78% (incremento de más de tres mil millones de pesos).

Por último, cabe aclarar en esta introducción, que no se ha detallado información presupuestaria referente al campo de la Salud Mental en particular. En el caso del sector Municipal, como ya se ha mencionado en el marco teórico de este trabajo, el municipio no dispone de un presupuesto específico para Salud Mental. En el caso de la gestión provincial, no existe acceso público a información acerca del presupuesto manejado por la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones; con lo cual los datos disponibles hacen referencia al sector Salud en general.

*Descripción de la Estructura Edilicia e Insumos con los que Cuentan los
Servicios de Salud Mental*

Los espacios físicos en los que atienden los profesionales que conformaron la muestra, son en su mayoría consultorios. Dos CAPS cuentan además con un Salón de Usos Múltiples (SUM), aunque uno de ellos no se encuentra, según los profesionales del servicio, en condiciones adecuadas para el trabajo (espacio reducido, sin calefacción ni ventilación, separado del edificio). Con respecto al HIGA, el Servicio de Salud Mental cuenta con siete consultorios, dos salas de internación (una para mujeres y otra para hombres) con 23 camas cada una, y salas de aislamiento -las cuales, según uno de los entrevistados, no funcionan como tales-.

La totalidad de la muestra refiere compartir el espacio físico con varios profesionales, resultando éste insuficiente para contener las horas de trabajo de todos ellos. Cada consultorio es compartido entre 2 a 5 profesionales.

Tenemos dos consultorios, para cinco profesionales que éramos hasta hace un tiempo, más los concurrentes que han venido. Este consultorio ni siquiera fue pensado como consultorio, era un patio que después techaron. Y el otro, el de TO, era la entrada de ambulancias, que se cerró y se hizo consultorio. Son dos espacios que se hicieron después de hecha la sala. Y después está el espacio para grupos, que es un container de chapa.

Esto no sólo parece argumentarse desde el carácter relativamente reciente de la inclusión de equipos de salud mental en algunas instituciones relevadas -las cuales, cuando se construyeron, no contaban con este servicio, y tuvieron que destinar a éste espacios no creados para tal fin-; ya que, como afirmaba la psicóloga de uno de los CAPS, dicho establecimiento es nuevo, y aún así no hay espacio suficiente para una atención adecuada.

Estoy en una unidad sanitaria que es nueva e hicieron un solo espacio para servicio social y salud mental, y ahora estamos las dos solas, pero cuando esté el resto del equipo, hicieron un solo consultorio para un equipo de 5 o 6 personas.

En relación a esto, en numerosas entrevistas los profesionales hacen referencia a la diferencia de espacios dentro de la institución destinados al trabajo de médicos, respecto a los espacios utilizados por profesionales del servicio de Salud Mental.

Los consultorios cuestan, Salud Mental está complicado, se hacen los espacios de medicina, de pediatría general, de ginecología, pero Salud Mental tiene que usar los espacios que sobran. Atiendo en odontología, atiendo en ginecología, atiendo en donde sea.

Nosotros estamos ahí, con consultorios flotantes (se ríe). Este es el único consultorio que no ocupan otras disciplinas. ... Digamos que acá ningún consultorio es de nadie, ese sería el principio básico. ... Los médicos sí tienen cada uno el suyo.

El 50% de los encuestados de los CAPS describe el espacio físico donde ejerce su actividad profesional como “chico”, “pequeño” o “reducido”. Luego, las descripciones resultan muy variadas según la institución (falta de higiene, oscuridad/luminosidad, dimensiones, accesibilidad, comodidades), dado que la infraestructura de cada Centro, Subcentro o Unidad Sanitaria difiere enormemente en términos edilicios.

La autoridad en Salud Mental a nivel municipal entrevistada, afirma que los recursos edilicios y materiales que dispone el sector son muy escasos. Expresa que durante la actual gestión la Secretaría de Salud ha realizado grandes avances, mejoras y acondicionamientos en infraestructura, en los centros de salud; pero respecto de salud mental en particular, plantea cierta demora en comparación con el resto del sector sanitario. Además de la falta de consultorios y espacios de atención a nivel ambulatorio, destaca la ausencia de infraestructura disponible para la creación de instituciones de nivel intermedio de atención. Como ejemplo, menciona que durante el año en curso se realizó un proyecto para la inauguración de un centro de día, pero el mismo no pudo llevarse a cabo debido a la ausencia de una casa en la cual dicho centro pudiera funcionar.

Por otra parte, destacamos la evidente dificultad planteada por este entrevistado, que relaciona la insuficiencia de los espacios físicos de atención, con la imposibilidad de contratación de mayor número de profesionales en los Servicios de Salud Mental de los CAPS:

Dentro de lo ambulatorio se está bastante bien. Ahora, de conseguir todos los recursos que necesitaríamos, no habría lugar para ponerlos.

Si yo consigo todos los recursos de psicólogos, fonoaudiólogos, tendría serias dificultades físicamente para ubicarlos en los centros de salud.

El carácter reducido de los espacios de atención, así como la insuficiencia de éstos, es una característica presente también en las respuestas obtenidas de los entrevistados y encuestados pertenecientes al hospital provincial.

Faltan consultorios, faltan camas. Para adecuarse a la realidad de Mar del Plata el espacio debería ser mucho más grande. Los médicos no tenemos baño, no tenemos sala de médicos de planta... Creo que el que más sufre este asunto es el enfermero, porque los enfermeros están en contacto todo el tiempo con los pacientes... hay días que en el servicio de hombres hay una sola enfermera mujer, con 25 o 30 tipos.

Por otra parte, en lo que respecta a materiales e insumos básicos para la atención de los pacientes, de la totalidad de profesionales entrevistados y encuestados, tanto de los CAPS como del Hospital, sólo uno de ellos refirió contar con una adecuada provisión de materiales para el desempeño de su actividad.

...en insumos no hay medicación, no hay sábanas para las camas, no hay colchones, lo que se te pueda ocurrir no hay. Por suerte la comida más o menos es buena.

Entre los entrevistados de los CAPS, el 85% (6 de un total de 7) refiere que, si bien en ocasiones la Municipalidad ha aportado insumos y materiales -sobre todo para el trabajo con niños- éstos son regularmente provistos por los propios profesionales, o recibidos a través de donaciones de terceros.

En relación al material, son cosas que las tenemos porque las vamos consiguiendo nosotros. En un momento funcionaba una comisión que iba haciendo cosas como té desfiles, para juntar fondos, y mandaban lápices, fibras, hojas, cartulinas, témperas, pero ahora no llega nada. Tenemos el listado y cada tanto lo imprimimos y lo mandamos a la Municipalidad, pero no hay mucha respuesta por ahora.

En consonancia con lo expresado por los profesionales, la autoridad en salud mental municipal entrevistada plantea como uno de los pedidos más recurrentes por parte de los profesionales es la provisión de recursos materiales. Afirma que el actual abastecimiento de los mismos, el cual resulta insuficiente, es recibido a través de donaciones, por ejemplo de una universidad privada de la ciudad en convenio con la gestión municipal.

Al indagar en las encuestas acerca de aquellos aspectos del espacio físico de trabajo a ser modificados, el 85% (6 de un total de 7) que trabajan en los diferentes CAPS, se refirieron al tamaño de los espacios, dos de ellos justificando su respuesta en la necesidad de brindar una mejor atención de los pacientes. Otras cuestiones a modificar mencionadas fueron la accesibilidad o ubicación de los consultorios dentro de la institución, la higiene, el mobiliario, la acústica, materiales y equipamiento lúdico, y la

condición de ser compartidos por menos profesionales. Por su parte, los encuestados pertenecientes al Hospital presentaron respuestas variadas, entre las que mencionamos la necesidad de mobiliario, más consultorios externos, una sala de contención para los pacientes internados; y se destaca una respuesta que refiere que modificaría “todo”, lo cual lo justifica haciendo alusión a que el servicio de Salud Mental del HIGA fue pensado originalmente como un geriátrico, y no para la atención de pacientes psiquiátricos.

Conocimiento Acerca de la Partida Presupuestaria Destinada a los Servicios de Salud Mental

La totalidad de los profesionales entrevistados refirieron desconocer cómo se asigna y distribuye el presupuesto destinado a su servicio. Dos de ellos agregan que el mismo es insuficiente o escaso, tanto en términos de sueldos como de insumos para el servicio. Uno de los profesionales de un CAPS manifiesta ante esta pregunta conocer lo expresado por la Ley Nacional de Salud Mental 26657, en tanto se prevé la ampliación del presupuesto para Salud Mental hasta lograr el 10% del presupuesto total en Salud; pero desconoce si esto se estaría cumpliendo efectivamente - haciendo un paréntesis, recordamos aquí que la Ley citada *invita* a gobiernos provinciales y municipales a adoptar medidas similares en cuanto al presupuesto, pero no exige el cumplimiento de esta disposición-. Refiere además que se dispone de recurso económico recaudado de un nuevo adicional en el impuesto municipal de la Agencia de Recaudación Municipal

(ARM) -denominado Contribución a la Salud Pública y el Desarrollo Infantil¹-, lo que significa cierta mejoría para el recurso material disponible (por ejemplo, camionetas para las visitas domiciliarias realizadas por Servicio Social); pero por otra parte, esto haría referencia al sector de Salud en general, no sólo a Salud Mental.

Al indagar acerca del presupuesto municipal en Salud, y específicamente en Salud Mental, en la entrevista a la autoridad municipal departamental, el entrevistado refiere:

Este año se llegó a un presupuesto que nunca se había alcanzado antes. Ha sido creciente a nivel Municipal. Se lo marcó como un logro de esta gestión. El haber llegado a un nivel de presupuesto de dos dígitos, (10%), ya es un logro.

Dicho que no coincide totalmente con la información pública brindada por la Municipalidad, tal como se muestra en la Tabla 5, ya que el presupuesto de gastos de este período ha alcanzado el 9,3%.

Por otra parte, el entrevistado establece una relación entre el aumento del presupuesto destinado al sector salud, el establecimiento de la tasa impositiva de Contribución a la Salud Pública y el Desarrollo Infantil, y la concreción del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias y las reformas en Centros, Subcentros de Salud y Unidades Sanitarias en diferentes barrios del municipio.

¹ Según Ordenanza Municipal nº 19.059 del año 2009, se crea la Contribución a la Salud Pública y el Desarrollo Infantil, que afecta con lo contribuido en el impuesto municipal (ARM) a la cobertura de la totalidad de las erogaciones correspondientes a la asistencia primaria y el desarrollo infantil realizadas por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

Respecto de Salud Mental en particular, el entrevistado confirma, por una parte, que dicho campo o servicio no tiene presupuesto propio dentro del sector salud -aunque refiere conocer que, según lo establecido por la Ley 26.657 el presupuesto deberá llegar progresivamente el 10% del presupuesto total en salud-; y por otra parte, expresa desconocer el presupuesto actual destinado a Salud Mental:

Como yo no manejo presupuesto en este momento no te sé decir en cuánto está. ... El presupuesto contable es de la Secretaría de Salud. Yo lo que administro son cargos y espacios físicos, por llamarlo de alguna manera... y estrategias de atención, todas esas cuestiones. Las cuestiones más presupuestarias, más contables son más complejas. Yo pido cargos, y presupuesto cargos. Y en Salud Mental te diría que prácticamente el 95% del presupuesto son sueldos.

Sueldos de los Profesionales de los Servicios de Salud Mental

Durante el año 2013, el sueldo de los profesionales entrevistados pertenecientes a los diferentes CAPS osciló entre \$4.000 y \$5.500 aproximadamente. El sueldo básico fue de \$4.200, y el resto -cobrado *en negro*- se determina en base a variables como cantidad de horas de trabajo (definidas en términos de módulos semanales) y categorización: Profesional Mayor (título de licenciatura), Profesional Menor (carrera inferior a 5 años). Dentro de cada una de estas categorías, los profesionales se dividen a su vez en tres rangos (1, 2 y 3), según variables como antigüedad, actividades

realizadas, entre otras. Las recategorizaciones se determinan en las juntas de ascenso y calificación, demorando más de un año cada trámite de recategorización que solicite un profesional.

La autoridad en Salud Mental a nivel municipal entrevistada, aportó respecto de la cuestión salarial, los siguientes datos (aclarando que son los valores de los que disponía de información al momento de la entrevista, y que son de carácter estimativo) expuestos en la Tabla 11:

Tabla 11. Sueldos de los profesionales de los CAPS.

CATEGORÍA	HS. X SEMANA	SUELDO NETO (BÁSICO)	SUELDO BRUTO (TOTAL)
Profesional 1	18	\$ 4.200	\$ 5.059
Profesional 1	30	\$ 5.700	\$ 6.900
Profesional 3	30	\$ 7.470	\$ 8.270

Fuente: Elaboración propia en base a datos del entrevistado.

De los siete profesionales municipales entrevistados, cinco se encuentran en una categorización adecuada, mientras que dos de ellos se hallan en juicio desde el año 2005, año en el que se llevó a cabo un proceso de redefinición de la pirámide del escalafón -que un entrevistado calificó como “achatamiento de la pirámide”-. Por quedar fuera de esta nueva categorización que rige actualmente, estos dos profesionales vieron congelado y desfasado su sueldo, cobrando aún hoy menos que el resto de los profesionales con la misma profesión/título, antigüedad, módulo semanal, etc. Uno de estos entrevistados refiere estar cobrando un sueldo total de \$4.500 por un módulo de 24 horas, cuando debería cobrar aproximadamente \$5.500.

En tanto, la categorización laboral dispuesta por la Municipalidad no permite vislumbrar diferencias en términos salariales, entre cargos profesionales y otros (por ejemplo, técnicos, administrativos). En este sentido, el proceso judicial llevado a cabo por estos profesionales significa además el reclamo de un reconocimiento al profesional, respecto del trabajo de un empleado administrativo o un técnico.

Yo creo que son deficientes [los sueldos], pero es muy difícil que uno se conforme con los sueldos, eso es una realidad, en general uno no está conforme con los sueldos. Creo que en relación a la actividad que uno tiene, al compromiso, a la responsabilidad que uno tiene es insuficiente, sobre todo este año con la crisis se nota más, es insuficiente. Y en la municipalidad también está la cuestión de la gente que trabaja en tránsito, en algunas dependencias por ahí gana mucho más que los profesionales y eso genera cierto resentimiento. Un profesional, médico o psicóloga, que tiene la responsabilidad de la vida de una persona no es lo mismo que trabajar de administrativo, ¡no es lo mismo! Entonces uno cree que desde lo ideal se debería pagar mas, acá es al revés.

Si bien la categorización no reconoce diferencias respecto del título para muchos, los sueldos de los profesionales de Salud Mental se encuentran según los entrevistados muy por debajo de los de muchos médicos, debido a otras variables: por ejemplo, a los médicos se les otorga módulos con más horas de trabajo, o la realización de guardias.

El 70% considera expresamente que su sueldo es bajo, o se encuentra por debajo de lo que se espera. Además, el 28% refiere que los sueldos de profesionales empleados por el municipio se encuentran por debajo de los empleados provinciales, y más aún de los nacionales.

La apreciación de la autoridad en Salud Mental a nivel municipal entrevistada concuerda con lo expresado por los profesionales:

No son sueldos altos. Sos contador, sos psicólogo, el sueldo es el mismo. Por estas cuestiones psiquiatría en Salud Mental es un área crítica, por más que publiques un aviso en el diario, los psiquiatras no vienen. Hay toda una pelea para ver cómo traemos profesionales en Salud Mental a trabajar cuando los sueldos son muy malos. ... No tener un plan de carrera profesional por ejemplo, atenta contra la profesión. Es la municipalización. Si hubiera un plan de carrera donde vos podés crecer, te especializas, te capacitas, sería mucho más motivador.

Por otra parte, haciendo una comparación de los sueldos profesionales del ámbito público respecto de los del sector privado, uno de los entrevistados refiere que aunque los primeros se encuentren por debajo de los segundos, los cargos públicos brindan numerosas ventajas que no tienen los profesionales autónomos, como ser la estabilidad laboral, el otorgamiento de licencias, aguinaldos, vacaciones pagas, etc.

De los diez profesionales encuestados que trabajan en Centros de Atención Primaria, sólo uno respondió que considera que su sueldo es

adecuado en relación a las horas de trabajo; aunque aclara que de acuerdo a la trayectoria y las tareas realizadas, los sueldos deberían ser superiores. El resto de los encuestados respondió considerar que su sueldo no es adecuado, y las justificaciones brindadas giran todas en torno a la inadecuación del monto cobrado, respecto a variables como cantidad de horas de trabajo; responsabilidades asumidas y funciones ejercidas; la situación del país; la falta de reconocimiento; las diferencia respecto de sueldos de otras jurisdicciones; el encontrarse por debajo de las escalas del nomenclador profesional colegiado; la falta de consideración respecto de la capacitación realizada por el profesional y las condiciones laborales críticas.

Según las entrevistas administradas a profesionales del HIGA, durante el año 2013 el sueldo de los psicólogos giró entre \$5.000 y \$6.000, el de los residentes fue de \$6.000 aproximadamente, y el de los psiquiatras fue de entre \$6.000 y \$7.000. Como ejemplo, uno de ellos, médico especialista en psiquiatría, comenta ganar por 36 horas semanales de trabajo, un sueldo de \$6.400 mensuales; lo que califica como “una miseria para un psiquiatra”.

La totalidad de los encuestados del HIGA evalúa que su ingreso es apropiado. Uno justifica su respuesta expresando que, siendo residente, ingresó recién recibido y sin práctica clínica. Otro plantea que resulta adecuado ya que las horas de atención se corresponden con el monto cobrado. Un tercero opina que si bien es adecuado, no es acorde al proceso inflacionario del país, por lo que termina resultando insuficiente.

Se observa una diferencia entre los sueldos municipales y provinciales, a favor de los profesionales empleados por la provincia; aunque es preciso destacar que la actividad realizada también difiere, en cuanto a horas de trabajo, categoría profesional municipal, modalidad de atención (consultorio externo/internación), realización de guardias, etc.

Haciendo una breve síntesis de lo trabajado en este eje, se destaca como punto sobresaliente, en primer lugar, el acuerdo general relevado de la totalidad de los profesionales entrevistados y encuestados respecto del carácter reducido e insuficiente de los espacios físicos destinados a la atención de los pacientes. Esta cuestión puede considerarse limitante, tanto para la adecuada atención, como para la resolución de otras problemáticas, tales como la incorporación de mayor cantidad de profesionales en los servicios. En segundo lugar, se destaca como preocupación central de los trabajadores, la falta de materiales e insumos necesarios para la labor cotidiana, y la ausencia de respuesta por parte de las autoridades sanitarias. En efecto, la propia autoridad municipal en Salud Mental hace referencia a esta problemática, y plantea que gran parte de la escasa provisión de materiales no es dispensada por la gestión municipal, sino por donaciones de empresas y terceros. Luego, pensamos que las dificultades en términos de lo trabajado aquí -recurso económico, infraestructura y presupuesto- podrían estar vinculados directamente con la imposibilidad de contar con un presupuesto específico para Salud Mental. En este sentido, el desconocimiento de, por ejemplo, la mayor autoridad departamental a nivel municipal, acerca de los montos con los cuales se maneja el sector, podría

estar condicionando claramente la toma de decisiones que en última instancia impactarán directamente sobre los efectores del campo y sus usuarios. Contar con un presupuesto claro y delimitado para el campo de la Salud Mental y los servicios que lo componen, permitiría tal vez lograr cierta planificación a mediano y largo plazo, decisiones político-económicas sobre el direccionamiento del gasto, una lectura acertada de las necesidades del sector, y un establecimiento claro de prioridades. En cuarto lugar, en lo que respecta a las condiciones salariales de los servicios, se destaca un proceso de achatamiento del escalafón, en el cual los profesionales municipales han quedado inmersos, lo cual puede estar actuando como factor desmotivante para éstos, al ver que su remuneración puede no diferir de la de otros gremios laborales. En el sector provincial, se observa que si bien puede existir insatisfacción respecto de los salarios, la provincia brinda la posibilidad de la realización de residencias pagas para profesionales recién graduados, que valoran positivamente esta oportunidad de trabajo, no presente en el nivel municipal -en el cual el sistema de carrera existente es el de concurrencias ad honorem-.

Retomamos por último lo expuesto por numerosos entrevistados, que plantean en lo hasta aquí planteado cierto relegamiento o atraso de la Salud Mental respecto del campo de la salud en general, tanto en términos salariales, como de recursos materiales o dirección del presupuesto.

Eje 5. Práctica Profesional en Relación al Marco Legal Vigente

Dado que se ha hecho ya amplia referencia al marco legal vigente relativo a la práctica profesional del psicólogo como integrante de equipos interdisciplinarios en Salud Mental, sólo retomaremos a modo de introducción, lo referido en primer lugar al Art. 8° de la Ley 26.657, el cual promueve una atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores; en segundo lugar, el Art. 13° de la misma, que plantea la igualdad de condiciones de los profesionales con título de grado para la ocupación de cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones; el Art. 2° de la Ley Nacional 23.277 del ejercicio Profesional de la Psicología y de la Ley 10.306 (Provincia de Buenos Aires) que habilitan al psicólogo al desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designación de autoridades públicas, incluso nombramientos jurídicos; y el Art. 3° de estas dos leyes, que permiten al psicólogo ejercer su actividad autónoma de forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios a requerimiento de especialistas en otras disciplinas o de personas que voluntariamente soliciten su asistencia profesional.

Conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y Consideración

Personal Acerca de la Viabilidad o Aplicabilidad de la Misma

El 90% de los entrevistados (9 de un total de 10) afirma conocer la Ley 26.657. Al preguntarles sobre su consideración personal acerca de la viabilidad, aplicabilidad o puesta en práctica de los preceptos de la misma,

en primer lugar resulta destacable que el 50% de las respuestas expresan la existencia de dificultades para su aplicación, en términos de la falta de infraestructura adecuada: en particular, ausencia de instituciones de segundo nivel de atención, instituciones intermedias o centros de día; de acuerdo a los dispositivos alternativos establecidos en el Art. 11º de la mencionada Ley. Debido a esta cuestión, muchos entrevistados sostienen la falta de consonancia entre lo escrito y lo que en la práctica concreta sucede.

... la cuestión de las internaciones, que se restrinja el tiempo de internación, pero bueno, ¿qué otros dispositivos se ponen en marcha para abordar todo lo que queda después en un bache? Acá hace un montón de años que se viene hablando... en un principio iba a ser en Parque Camet que iban a armar algo como un hospital de día. Después creo que iba a ser allá por la Casa del Deportista o por Punta Mogotes. Después vino el CEMA, quedó todo eso en stand by...

Y el tema de la tendencia a que no haya internaciones hospitalarias en ciertos casos, con ciertos diagnósticos...no sé cómo se va a hacer, o sea, ¿qué se va a hacer con esas personas cuando no haya quién pueda hacerse cargo? ... Tiene que haber otra institución u otra cosa que dé respuesta, en cuanto a por ejemplo un segundo nivel de atención. Y eso no existe, por lo menos en Mar del Plata, y no creo que haya en el resto del país tampoco. Y nosotros tampoco vamos a

poder absorber toda esa demanda que queda fuera del hospital. Es complicado.

...necesitamos recursos. Siempre terminamos en lo mismo, ... ya hace como cuatro años se suponía que el centro de día ya estaba, como también los recursos, los profesionales pero después esos recursos se los envió para otro lado, termina siendo que para los que tienen que tomar decisiones no es algo importante.

¿Y dónde están las casas de medio camino? No hay. Supuestamente no deberían existir más los cronicarios... en Romero hay 3500 pacientes viviendo, y los hogares de medio camino no están...

Por otra parte, tres entrevistados observan el momento actual de la práctica profesional en Salud Mental dentro de un período de transición, en el cual la aplicación de los principios propuestos por la Ley constituye un proceso que llevará un tiempo considerable, hasta que los cambios resulten visibles.

Yo pienso que tiene que ver con que se necesita más tiempo para que todo esto empiece a circular de otro modo. No es que a partir de la implementación de una ley el imaginario va a cambiar respecto de cómo se piensa la salud, cómo se vive, cómo se practica. Es parte de un proceso de toda ley, por supuesto. No porque sea una ley de salud se aplica hoy y empiezan a verse los resultados mañana. No es como una vacuna [se ríe].

A su vez, dos de ellos destacan, como puntos favorables, el acortamiento en los tiempos de internación del paciente con padecimientos mentales, así como su participación y consentimiento en el propio proceso terapéutico, tratamiento psicofarmacológico, entre otras cuestiones; mientras que otros dos expresan que lo importante no es la ley escrita en sí misma (que puede ser tanto positiva como negativa), sino los medios que se articulan para ponerla finalmente en práctica.

Surgen además en varios, dudas en torno a la concreción del aumento presupuestario, relacionando la cuestión económica directamente con la viabilidad de los cambios propuestos por la Ley; así como incertidumbre respecto de la creación del llamado Órgano de Revisión, y la eficacia de su tarea.

Otro punto sobresaliente que consideran (presente en el 30% de las respuestas), es el referido a una visión positiva respecto del énfasis puesto en la Ley hacia el trabajo interdisciplinario y la igualdad de condiciones laborales en que se ubica a psicólogos y psiquiatras. Ahora bien, en contraposición a estas opiniones, uno plantea que los psicólogos por sí solos no se encuentran en condiciones de prescribir una internación -por el hecho de no estar habilitados para recetar psicofármacos, necesarios en este tipo de casos-; mientras que por otra parte otro expresa una dificultad existente en el logro del trabajo realmente interdisciplinario, dada la ausencia de formación profesional interdisciplinaria.

Sólo uno, hace referencia a lo planteado en el art. 4º de la citada Ley (abordaje de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud

mental), manifestando cierto desacuerdo con este paralelismo entre padecimiento mental y problemática ligada a la adicción a sustancias psicoactivas; y justificando esta consideración en términos de las dificultades de las personas con adicciones para sostener la autodeterminación y la voluntad personal de realizar un tratamiento:

Creo que es inaplicable en muchas cuestiones. Por ejemplo, con el tema de adicciones, yo tengo algunas discrepancias. Actualmente se pone a las enfermedades relacionadas al consumo como enfermedades mentales, y se unifica el criterio de que el paciente tiene que tener la decisión de hacer tratamiento, porque se estaría defendiendo su autodeterminación, su decisión de hacer o no tratamiento. La realidad es que la mayoría de las personas que consumen... habitualmente han iniciado el consumo a los once o doce años. Entonces ahí este criterio de supuesta autodeterminación pierde consistencia.

Por su parte, la autoridad municipal en Salud Mental, plantea expresamente estar *a favor* de la nueva ley, destacando la importancia del trabajo interdisciplinario y el respeto por el sujeto padeciente. Pero menciona a las problemáticas que se han suscitado desde su sanción. En primer lugar, las dificultades para su implementación, en términos operativos:

Hay experiencias de implementación de leyes similares en otras sociedades que han sido complicadas. Por ejemplo, en Gran Bretaña la falta de presupuesto para la implementación de una ley parecida

llevó a distorsionar terriblemente los preceptos de la ley. Los detractores de la ley dicen siempre lo mismo: "¿Cómo se implementa esto?". Si cerramos los manicomios, ¿qué hacemos?, ¿Cómo recibe la comunidad a la persona con padecimientos mentales? Operativamente se complica.

Segundo, las demoras en su reglamentación, las cuales no atribuye a lo antedicho, sino a cuestiones políticas y de pujas de poder entre disciplinas:

Las peleas por el poder entre profesionales se ven en todos lados. Hay muchas guerras internas entre médicos y psicólogos, a nivel de leyes que implican actos concretos como la horizontalidad que plantea la ley. Y que los médicos no admiten que administre y dirija un Departamento de Salud Mental un psicólogo. Es muy compleja la situación aunque desde la ley se proponga un cambio de paradigma.

Tercero y último, cuestiones relativas a presupuesto y recursos que no reflejan actualmente lo que la legislación promueve:

Estamos muy lejos del presupuesto en salud que fija la ley. Se necesita por ejemplo dispositivos para la tercera edad, para las adiciones, los dispositivos comunitarios. Cosas que tienen que ver con la promoción... y casi no podemos con la protección.

Cambios Notados a Partir de la Sanción de la Ley 26.657

El 50% manifiesta expresamente no notar cambios a nivel de su ejercicio profesional, de su actividad particular o la actividad de la institución en general. A su vez, un 30% sostiene que la cuestión del carácter interdisciplinario del tratamiento de las personas con padecimientos mentales forma parte de su trabajo cotidiano aún antes de la sanción de la nueva Ley; lo cual justificaría al menos en parte la percepción de los profesionales de que su trabajo no se ha visto modificado.

Y por lo del trabajo interdisciplinario, eso está buenísimo. Nos da un lugar importante la ley. Por ahí el que no lo atraviesa, lo desconoce. Pero acá ya es así, por lo menos en esta sala ha sido así, es a lo que estamos acostumbrados.

Sólo uno de los entrevistados refiere notar cambios, y enumera como tales: un mayor respeto por los derechos del paciente; un seguimiento más estricto desde los Juzgados (en casos judicializados) acerca de la duración y características de los tratamientos; mayor trabajo de carácter interdisciplinario; aunque por otro lado reitera la necesidad de unificación de los criterios diagnósticos por parte de todo el equipo de profesionales de la institución.

Definición de Trabajo Interdisciplinario

Al solicitarles que definan brevemente qué entienden por trabajo interdisciplinario, las respuestas incluyeron mayoritariamente las siguientes enunciaciones:

- § Trabajo conjunto con otros profesionales, trabajo en equipo; que comprende diversas disciplinas, diferentes discursos y saberes; que implica interacción, interrelación, intercomunicación, un enriquecimiento recíproco (en un 53%).
- § Un abordaje integral, tratamiento global, mirada holística del paciente; una perspectiva integral en la atención; el abordaje conjunto de la admisión, diagnóstico y tratamiento; que evita la segmentación del paciente (en un 46%).
- § El reconocimiento de las limitaciones de la intervención desde una sola disciplina o profesión, y por lo tanto la necesidad de apoyo entre varios saberes (en un 20%).
- § Un abordaje necesario, o el abordaje más adecuado para el tratamiento de un paciente, o para mejorar su calidad de vida (en un 20%).
- § La planificación conjunta de objetivos y tratamiento (en un 13%).

Consideración Personal Acerca del Carácter Interdisciplinario o No de su Trabajo

El 100% de los encuestados considera que trabaja de forma interdisciplinaria. Al interrogar acerca de los motivos que justificarían dicha respuesta, la encuesta solicitaba marcar con una cruz aquél o aquéllos motivos considerados, pudiendo optar por las siguientes opciones:

- § Es una exigencia de la institución
- § Simplifica o aminora el trabajo

§ Permite una mejor atención de la población

§ Otros motivos (ante lo cual se solicitaba indicarlos brevemente)

La totalidad (100%) indicó trabajar en forma interdisciplinaria debido a que permite una mejor atención de la población; 4 encuestados (27%) indicaron además que simplifica o aminora el trabajo; y también 4 indicaron como otros motivos: que amplía los recursos con que cuenta cada disciplina; que permite una atención integral; que implica la transformación de enfoques de abordaje de un objeto -concreto o abstracto-; y que en Salud Mental es esa la única manera de lograr objetivos a largo plazo. Ninguno planteó como motivo que sea una exigencia de la institución.

Identificación de Factores Facilitadores y/u Obstaculizadores del Trabajo Interdisciplinario en la Institución

En primer lugar, enumeraron una serie de cuestiones que identificaron como factores que facilitan el trabajo interdisciplinario dentro de la institución. Si bien las respuestas han sido muy variadas, es posible hallar en ellas ciertos lineamientos que convergen en algunos casos. Realizando una interpretación de estas enunciaciones, podemos agrupar las respuestas en tres grupos de factores:

§ Factores institucionales: es decir, cuestiones relativas a las características del trabajo en la institución, tales como compartir espacios físicos, pacientes, franjas horarias de trabajo, guardias; realizar reuniones de equipo; contar con un equipo completo o trabajar en una institución que incluye varias disciplinas. Un 47% de

los entrevistados (7 sobre un total de 15) incluyó estas cuestiones en su respuesta.

§ Factores personales: tales como voluntad, predisposición, compromiso, responsabilidad, actitud profesional, calidad personal y profesional, criterios e intereses comunes. También un 47% (7 sobre un total de 15) incluyó estas cuestiones en su respuesta.

§ Otros factores: como la comprobación empírica de la eficacia del trabajo interdisciplinario, un cambio en el paradigma de atención o un enfoque más inclusivo, fueron cuestiones mencionadas por 4 entrevistados (27% del total).

En segundo lugar, enumeraron una serie de cuestiones que identificaron como factores que obstaculizan el trabajo interdisciplinario dentro de la institución. Podemos agrupar a éstos, del mismo modo, en dos categorías:

§ Factores institucionales: incompatibilidad de días y/u horarios de trabajo, falta de tiempo o de espacios institucionalizados/legitimados para realizar reuniones de equipo; equipo de trabajo incompleto; escasez de recurso humano; factores económicos; falta de tiempo debido a una demanda excesiva de atención a los usuarios del servicio. Un 67% de los entrevistados (10 sobre un total de 15) incluyó estas cuestiones en su respuesta.

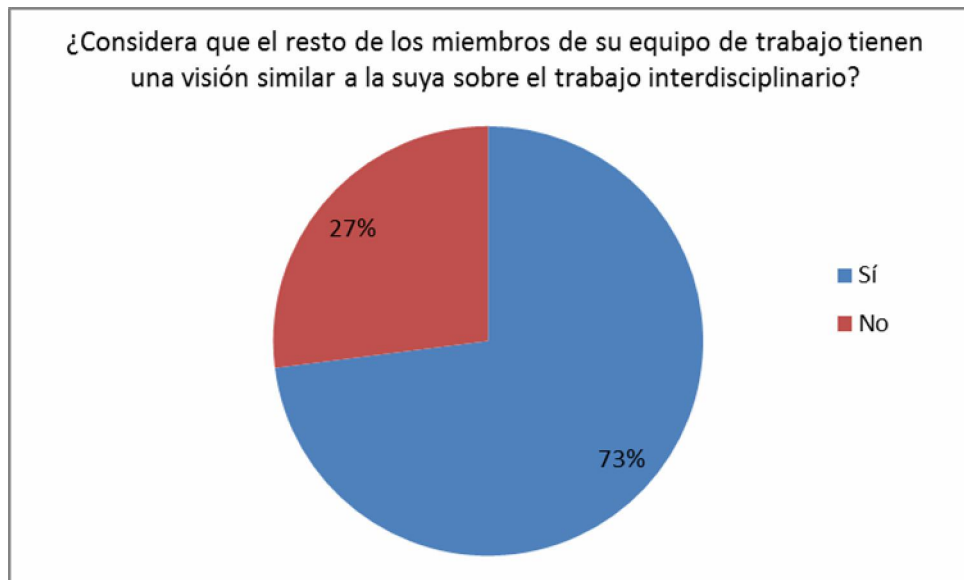
§ Factores personales: incluimos aquí cuestiones actitudinales de los profesionales (como la falta de predisposición; falta de

formación en trabajo interdisciplinario; la ideología o percepción sobre el trabajo de otras disciplinas -como psicología-, la existencia de discursos totalizantes por parte de algunos profesionales); así como cuestiones que pueden interpretarse como idiosincrásicas de quienes se ubican en posiciones jerárquicas dentro de la institución (entre ellas, la deslegitimación de la Ley Nacional de Salud Mental desde la conducción del Servicio; la falta de apoyo, seguimiento y supervisión desde las Jefaturas de los Servicios; factores políticos). Un 40% (6 sobre un total de 15) incluyó estas cuestiones en su respuesta.

Consideración Personal sobre la Existencia de una Visión Compartida por los Miembros del Equipo acerca del Trabajo Interdisciplinario

El Gráfico 12 muestra las respuestas obtenidas al interrogarlos acerca si consideraban que el resto de los miembros de su equipo de trabajo sostenían una visión similar a la propia sobre el trabajo interdisciplinario.

Gráfico 12. Consideración personal sobre la existencia de una visión compartida por los miembros del equipo acerca del trabajo interdisciplinario (según encuestados).

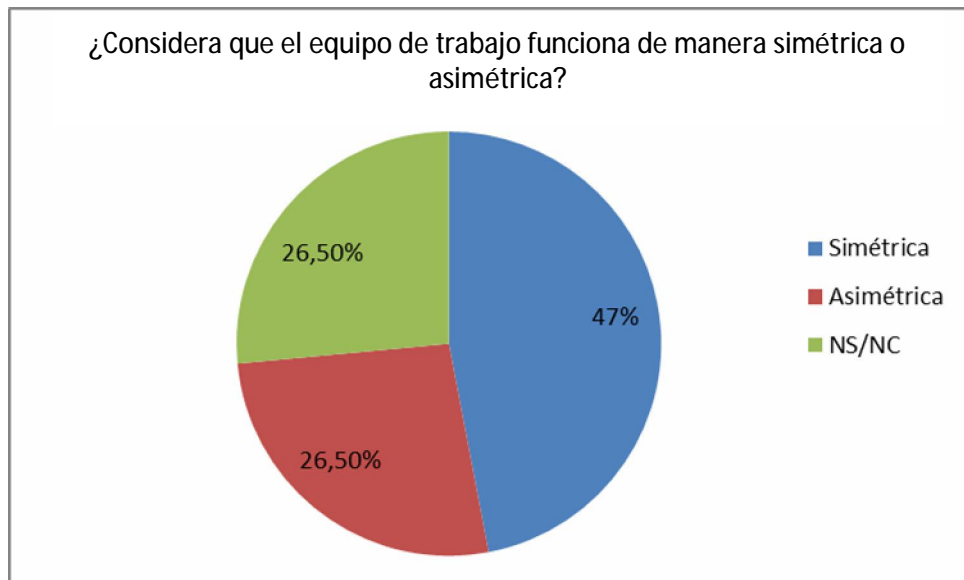


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

*Consideración Personal acerca de la Simetría o Asimetría de las Relaciones
entre los Miembros del Equipo de Trabajo*

El Gráfico 13 muestra las respuestas obtenidas al interrogar a los profesionales encuestados si consideraban que el equipo de trabajo funciona de manera simétrica o asimétrica.

Gráfico 13. Consideración personal acerca de la simetría o asimetría de las relaciones entre los miembros del equipo de trabajo (según encuestados).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la muestra.

Aquellos que respondieron refiriendo que su equipo de trabajo funcionaba bajo una relación simétrica, justificaron esta respuesta planteando la existencia de lineamientos, objetivos y enfoques comunes (43% de las respuestas); o la igualdad de condiciones, opiniones, sugerencias, sosteniendo la importancia de cada rol (29% de las respuestas); entre otras cuestiones.

La totalidad de los encuestados que respondieron que el equipo de trabajo funciona de modo asimétrico, justificaron su respuesta haciendo referencia a la vigencia del Modelo Médico Hegemónico, ya sea desde el pensamiento colectivo, desde algunos profesionales o desde la conducción del servicio; dos de ellos refiriéndose particularmente a la relación de asimetría entre médicos psiquiatras y psicólogos.

De los encuestados que no optaron por señalar ninguna de las dos opciones, sólo uno justificó su respuesta, planteando que esta diferencia -

simetría o asimetría en el equipo- dependía del momento del año y de las posibilidades de cada miembro del equipo.

A modo de conclusión de lo trabajado en este apartado, es posible mencionar algunas cuestiones destacadas en torno al marco legal vigente para la actividad de los profesionales del campo de la Salud Mental.

En primer lugar, se observa cierto acuerdo generalizado entre los distintos profesionales acerca de importantes dificultades para la aplicación de lo establecido por la Ley 26.657; y una vinculación de estas dificultades con la falta de infraestructura, particularmente de instituciones intermedias o del segundo nivel de atención, para cumplir con las modalidades de atención a personas con padecimientos mentales desde el trato humanizado y en respeto por sus derechos, según lo expuesto por la precedente. Un fragmento de lo expuesto por uno de ellos, sintetiza claramente esta problemática:

Hay un montón de beneficios y cuestiones para el paciente en relación a su participación en el tratamiento, poder entender qué le pasa, la medicación, el consentimiento informado; pero hay una gran falencia: es una gran ley teórica donde la implementación es muy difícil de lograr. Con ley y todo, hay un paciente que está hace dos años internado, entonces ¿cómo se entiende?

Vale mencionar la evidente relación de la concreción de estos espacios de atención hoy faltantes, con el aumento del presupuesto para el campo de la Salud Mental, aún no alcanzado, según confirma la autoridad municipal entrevistada.

En segundo lugar, y en relación con lo anteriormente expuesto, resulta notable que muchos entrevistados no han percibido aún cambios a nivel de su práctica profesional cotidiana, desde la sanción de la Ley 26.657 hasta el momento. En este sentido, retomamos lo planteado por algunos de ellos, en tanto puede verse a la coyuntura actual como un momento de transición hacia nuevos modos de concebir y ejercer la práctica profesional, tanto en lo que respecta a la atención de las personas con padecimientos mentales como en lo referente al carácter interdisciplinario y la tendencia a una mayor igualdad de condiciones y posibilidades de los profesionales miembros de equipos de Salud Mental. Esto se vincula a su vez, con la consideración personal de los mismos acerca de la modalidad de trabajo de tipo interdisciplinario, y las relaciones simétricas o asimétricas entre los distintos profesionales del equipo.

Tercero, destacamos que la totalidad de los profesionales encuestados considera que trabaja de modo interdisciplinario, definiendo este trabajo -en líneas generales- en términos de una labor en equipo, en conjunto con diversos profesionales, desde un abordaje integral del paciente y su tratamiento; tomando como motivo de esta modalidad de trabajo principalmente la aspiración al logro de una mejor atención de la población.

Cuarto, planteamos que como cuestiones que facilitarían para estos profesionales el logro del trabajo interdisciplinario, son mencionados con igual relevancia factores propios del trabajo en una institución (como compartir espacios, horas de trabajo y reuniones conjuntas con profesionales de distintas disciplinas), y factores actitudinales y personales

de dichos profesionales (como voluntad, compromiso y predisposición); siendo que como factores que obstaculizarían dicha forma de trabajo se observa una inclinación mayor hacia la mención de cuestiones institucionales (falta de tiempo, espacio, recurso humano, y demanda excesiva de trabajo). Resulta aquí llamativa la respuesta de un encuestado que mencionó como factor facilitador del trabajo interdisciplinario, la comprobación empírica de su eficacia; pudiendo relacionarse esto con el acuerdo generalizado acerca de que esta forma de trabajo permite una mejor calidad de atención de los usuarios.

Por último, resulta al menos llamativo observar que si bien la totalidad considera que trabaja interdisciplinariamente en conjunto con los miembros del equipo en el cual se desempeña, no todos ellos manifiestan compartir con ellos la concepción que poseen acerca de este tipo de trabajo; y más aún, algunos expresan la existencia de modos de funcionamiento de carácter asimétrico entre los miembros del equipo -vinculado esto a la vigencia del Modelo Médico Hegemónico-, cuestión que podríamos pensar, atenta contra la igualdad de condiciones de los profesionales de distintas disciplinas según lo expuesto por la Ley Nacional de Salud Mental.

CONCLUSIONES

Para dar cuenta de lo observado en la presente investigación, evaluaremos primeramente cada uno de los objetivos propuestos en nuestro plan de trabajo. Expondremos además, algunas consideraciones finales y lineamientos para posibles investigaciones e intervenciones futuras.

El principal objetivo de este trabajo ha sido el relevamiento y análisis cuantitativo y cualitativo de los factores presentes en la actividad profesional de los equipos de atención en Salud Mental, de los servicios municipal y provincial en la ciudad de Mar del Plata. Para ello, fue necesario crear instrumentos propios (entrevistas y encuesta) y elaborar datos brutos de fuentes primarias. Dificultad y falencia que podría convertirse en una interesante propuesta de diseño de una sistematización de los datos, útil para fines epidemiológicos, estadísticos y para la planificación y evaluación de políticas públicas, entre otros.

Siguiendo el objetivo general de esta investigación, nos fue posible comprobar la presencia de aspectos económico/presupuestarios, políticos, ideológicos, teóricos y legales, como factores claramente influyentes en la actividad profesional de los servicios de Salud Mental. Sin embargo, y considerando el primer objetivo particular, pudimos conocer aquellos factores que los profesionales mismos identifican como influyentes en la forma y calidad de atención en Salud Mental y, de este modo, vislumbrar al factor económico/presupuestario como el de mayor consideración. Los profesionales dieron cuenta de la existencia de una alta demanda de

usuarios, tiempos limitados para su atención, falta de profesionales para atender tal demanda, la necesidad de recurrir a estrategias alternativas (lista de espera, límite de sesiones por consultante, atención en dispositivos grupales), condiciones edilicias y ambientales deficitarias, sueldos bajos, desgaste laboral; valorizándose aún así el trabajo en equipo, la formación profesional y la concepción de la Salud Pública. Mencionamos aquí algunas de las cuestiones más sobresalientes, siendo lo económico/presupuestario – vinculado a lo político- un denominador común que atraviesa: la actividad profesional y conformación de los equipos de Salud Mental (su contratación, acceso a cargos, capacitación y formación); la capacidad de atención de la demanda, las modalidades de atención y tratamiento; el recurso material del cual se dispone para trabajar; la aplicabilidad de los preceptos legales que rigen la práctica. Igualmente, resultan llamativas algunas consideraciones. Como ya fue planteado, aún cuando el factor económico o presupuestario aparece como uno de los factores más influyentes sobre la atención que se brinda a los usuarios, esto no parece reflejarse en la calificación que se realiza sobre la calidad de la atención, que sigue siendo considerada positivamente gracias al alto nivel de voluntad, esfuerzo, desempeño y compromiso personal de los profesionales. Tampoco se relaciona con las causas que llevan a la deserción o abandono de dicha atención por parte de los usuarios, que suelen asociarse a sus características personales y no, por ejemplo, a la ausencia de estrategias que permitan garantizar los tratamientos y reducir los tiempos de demora.

Las dificultades de acceso a ciertos datos y el desconocimiento tanto de los profesionales como de la autoridad en Salud Mental entrevistada en materia presupuestaria, dificultó el cumplimiento del segundo objetivo particular, referido al conocimiento de los criterios de asignación y distribución de recursos. A partir de la elaboración propia de los datos brutos (leyes provinciales, Hacienda Municipal, entre otros) hemos podido pensar algunas cuestiones referidas al presupuesto, gasto e inversión en este campo. Si consideramos que un sistema de salud debe asignar recursos de manera eficiente, brindar servicios de calidad y garantizar el acceso equitativo al cuidado de la salud; podemos decir que, según los profesionales que conformaron la muestra, se evidencia la dificultad de la concreción simultánea de estos objetivos. Dificultad que se vincula con un aspecto que hace a las características históricas de la Salud Mental en el país: la ausencia de un presupuesto específico para Salud Mental que obstaculiza, aunque no excusa, la gestión y toma de decisiones que afecta a los usuarios. Al analizar los datos cuantitativos referidos al presupuesto destinado a salud, a nivel provincial observamos cierto detrimento en términos porcentuales de un año al siguiente, mientras la población atendida continúa aumentando, y el proceso inflacionario parece no ser tenido del todo en cuenta; y a nivel municipal, el notable aumento del presupuesto en los últimos años puede deberse claramente a la creación del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, y así vincularse las políticas locales en salud con cierta concepción eficientista, asociada a la posibilidad de la ciudad de brindar lo último en tecnología –cuestión que puede ser vista

como de avanzada desde la mirada de otras regiones, mientras en los Centros de Atención Primaria aún no se cuenta con insumos básicos-. En cuanto a las condiciones salariales de los servicios, se destaca un proceso de achatamiento del escalafón a nivel municipal, lo cual puede constituir un factor desmotivante para los trabajadores al ver que su remuneración puede no diferir de la de otros gremios laborales. En el sector provincial, se observa que, si bien puede existir insatisfacción respecto de los salarios, la provincia brinda la posibilidad de realización de residencias pagas para recién graduados. Sin embargo, a pesar de la disconformidad con sus salarios, la agremiación y organización entre trabajadores por la conquista de derechos laborales no aparece claramente como una estrategia de afrontamiento.

No podemos desvincular lo antedicho con el siguiente objetivo particular propuesto en el plan de trabajo, referido al conocimiento de las políticas públicas en Salud, y específicamente en Salud Mental. Como fue planteado en el marco teórico, las políticas públicas pueden pensarse en términos de fases interdependientes y organizadas, en una secuencia que va desde la percepción de un problema, hasta la evaluación -luego de su implementación- de su impacto en la resolución o supresión del problema (de Lellis & Cols., 2006). Consideramos en base a los datos que las últimas fases de esta secuencia referidas a la evaluación de la política implementada no llegan a su concreción o, al menos, no son concretadas con claridad. El camino que va desde la detección de una necesidad hasta su resolución figura definido por la propia autoridad en materia de decisión política como *poco formal*, y en esta informalidad, discurren las divergencias

entre lo necesario y lo hecho. Como ya fue expuesto -volviendo a la cuestión presupuestaria- se deriva la necesidad de contar con un presupuesto estratégicamente planificado para el campo y servicios de la Salud Mental, que permita evaluar y diseñar objetivos a mediano y largo plazo, y tomar decisiones político-económicas sobre el direccionamiento de las inversiones; a partir una evaluación de las necesidades de la población y el establecimiento de sus prioridades.

En relación al objetivo relativo a la comparación de la percepción y los grados de concordancia entre las prácticas referidas por los profesionales y el marco legal vigente, podemos decir que este objetivo fue logrado parcialmente, en tanto los instrumentos aplicados sobre la muestra han estado orientados principalmente a la Ley de Salud Mental 26.657. En el curso de la investigación se nos presentó la dificultad de incluir preguntas o ítems referidos a las otras leyes que regulan la práctica profesional del psicólogo como parte de los instrumentos sin que los mismos se volvieran muy extensos o ambiguos; con lo cual, nos limitamos a hacer referencia a dichas legislaciones en el marco teórico. Igualmente, vale hacer aquí la autocrítica de nuestro planteamiento de objetivos como, quizás, algo ambiciosos, intentando abarcar una multiplicidad de cuestiones que complejizaron y también extendieron en el tiempo la aplicación de los instrumentos y la recolección y análisis de datos. Consideramos que la Ley 26.657 implica un cambio de paradigma jurídico en relación a la concepción de sujeto e, indiscutiblemente, constituye un avance cultural en materia de ampliación de Derechos que incluso busca enmarcar, legitimar y promover

legalmente aquellas actividades profesionales que ya se venían llevando a cabo. Sin embargo, algunos profesionales plantean la existencia de dificultades para su aplicación tales como falta de infraestructura adecuada (instituciones de segundo nivel de atención, instituciones intermedias o centros de día) o discrepancia con algunos de sus preceptos (por ejemplo la a/simetría entre psiquiatras y psicólogos o la consideración de las adicciones como problemática de salud mental). Mientras que otros observan el momento actual como parte de un período de transición, en el cual la aplicación de los principios propuestos por la Ley constituye un proceso que llevará un tiempo considerable, hasta que los cambios resulten visibles. También se valoriza el acortamiento en los tiempos de internación del usuario, su participación y consentimiento en el propio proceso terapéutico y psicofarmacológico, y el énfasis puesto hacia el trabajo interdisciplinario - aunque algunos reconocen la ausencia de formación académica para poder llevarlo a cabo-. La interdisciplinariedad al igual que la capacitación, aparecen como aspectos vinculados a la predisposición de los profesionales y no a su estimulación por parte de la institución, como estipula la ley. Es decir que, no se discute tanto el contenido de la letra sino los medios que se articulan para implementarla y operativizarla en la práctica, así como la resistencia de las corporaciones médica y farmacológica. Sabemos que los marcos legales no están basados en leyes científicas, las cuales garantizarían cierto margen de predictibilidad, sino que son leyes sociales: no describen categorías del ser, sino de lo que *debe* (o debería) ser, es decir, no son leyes autoritarias sino que prescriben comportamientos

deseables (Calo, 2009). Por ello, nos preguntamos si estas dificultades tienen que ver con los tiempos propios de todo cambio o, también, con la falta de voluntad o gestión de los políticos locales.

En función de los objetivos anteriores, creemos haber podido cumplimentar en cada uno de los ejes o apartados, el último objetivo propuesto sobre la realización de una comparación entre instituciones municipales y provinciales. Como decíamos anteriormente, la heterogeneidad y variabilidad en la conformación de la Salud en nuestro país, sumado a la ausencia de implementación de un Plan Federal y de sistematización y elaboración de datos, muestra el desajuste entre las características y necesidades poblacionales con las estrategias de asistencia y de tratamiento implementadas. Los profesionales tanto a nivel municipal como provincial, reconocen las dificultades para poder atender la amplia demanda –parte de ella con cobertura de Obras Sociales-, y sumado a esto, la dificultad de inserción de nuevos profesionales. A pesar de ello, a nivel municipal, si bien se trata de una cantidad deficitaria de profesionales, rige mayormente para ellos la modalidad de contratación de Planta Permanente - en contraposición a la situación a nivel provincial, en donde las posibilidades de acceso a Planta parecen verse más dificultadas, hallando como alternativa para muchos profesionales la categoría de Becarios o trabajo ad honorem, con la consiguiente condición laboral precarizada e inestable-.

CONSIDERACIONES FINALES

La relevancia de la presente investigación reside principalmente en el aporte al campo de la Salud Mental en el subsector público. La misma nace con la intencionalidad de contribuir al desarrollo de políticas públicas y políticas universitarias en esta materia. También invita a indagar sobre nuestras propias prácticas, discursos, posicionamientos y actividad profesional. ¿Qué es la Salud Mental? ¿Quiénes son los usuarios y destinatarios de nuestras prácticas? ¿Qué ofertamos? ¿Qué posicionamientos ontológicos, epistemológicos, metodológicos, teóricos y éticos estamos sosteniendo? ¿Contemplamos las características de los usuarios del sistema en la planificación de estrategias de tratamiento? ¿Cómo nos constituimos como colectivo profesional y gremial? ¿Cuáles son nuestras problemáticas más acuciantes, alcances y limitaciones?

Recordamos que para Saidón y Troianovski (1994), pensar la Salud Mental implica realizar un recorte de este complejo y heterogéneo campo en cuanto a sus problemáticas y actores sociales e institucionales:

...donde coexisten, antagonizan, articulan y confunden ideologías sanitarias y sociales; disciplinas, escuelas y cuerpos teóricos; diversas propuestas técnicas, planes y programas; instituciones asistenciales, formativas, profesionales y administrativas; prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas y rehabilitadoras; un amplio conjunto de profesionales técnicos, agentes de salud, y otros trabajadores; un conjunto de problemáticas ligadas a la cotidianeidad y

los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población, al éxito y al fracaso, al bienestar y al sufrimiento, a la salud y la enfermedad, a la vida y la muerte (p.8).

La articulación de los procesos de gestión pública, intersectorialidad y de toma de decisiones resultan de suma importancia a la hora de planificar, diseñar, desarrollar y evaluar las políticas públicas, que pretendemos, *saludables*. Lo dicho por los entrevistados y encuestados muestra que, a pesar de las intenciones e ideales discursivos, existe una importante desarticulación entre las decisiones de quienes gestionan y las demandas de la propia comunidad. Teniendo en cuenta que la complejidad se entrama en la convergencia de diferentes lógicas e intereses (corporativas, tecnoburocráticas, participativas y de oferta y demanda), diferentes actores sociales (comunidad, profesionales, autoridades y políticos) y diferentes poderes (técnico, administrativo y político); el abordaje territorial se constituye como herramienta primordial tanto para la planificación como para la puesta en marcha de políticas sociales integrales desde un Estado presente, promotor y participativo. Por ello proponemos como alternativa el trabajo *con*, y no *en* la comunidad. Y en este sentido, la psicología contará además con el desafío de introducir en esta lógica del *para todos*, la lógica de la singularidad de cada sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés, Centros de Estudios para el Desarrollo Institucional.
- Aguilar, S. & otros (2008). *¿Qué es esto de los derechos humanos? Apuntes para una reflexión crítica: historias, documentos, conceptos y actividades*. Buenos Aires: APDH.
- Álvarez, A. & Reynoso, D. (1995). *Médicos e instituciones de salud: Mar del Plata 1870-1960*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington DC: Banco Mundial.
- Beers, C. W. (1937). *A mind that found itself*. New York: Doubleday Draw & Co.
- Belmartino, S. (2009). *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.
- Bisang, R. & Centrángolo, O. (1997). *Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina*. Serie Reformas de Política Pública nº 47. Buenos Aires: CEPAL.
- Bleger, J. (2007). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.

- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2005). El propósito de la sociología reflexiva. En *Entrevista n° 3: Una invitación a la sociología reflexiva* (pp.147-173). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Calo, O. (2009). *El sujeto y la ley*. Buenos Aires: Mimeo.
- Canguilhem, G. (2004). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En *Escritos sobre la Medicina* (pp.48-69). Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiarveti, 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*, 17, 173-182. Buenos Aires: Fundación Aigle.
- Comes, Y. (2006). *El sector Salud en Argentina. Historia, configuración y situación actual* (publicación interna). Ficha de Salud pública y Salud Mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Decreto 939/2000. *Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada*. Buenos Aires: publicación en Boletín Oficial.
- De Lellis, M. & Cols (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- De Riso, S. (2009). *Salud Mental: Primera aproximación conceptual* (publicación interna). Ficha de Cátedra Salud Mental y Prácticas del Campo. Entre Ríos: Universidad de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999). *Código Nacional de Ética*. Buenos Aires: Fe.P.R.A.
- Ferrari, H. & Zac de Filc, S. (2002). *Desafíos al Psicoanálisis en el Siglo XXI. Salud Mental, Sexualidad y Realidad Social*. Buenos Aires: Polemos.

- Fiasché, Á. (1994). Políticas de Salud Mental. En Saidón, O. & Troianovsky, P. (Comp.), *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Nietzsche, la genealogía, la historia, 1. Madrid: La Piqueta.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Gerlero, S. & otros (2009). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Gerlero, S. & otros (2011). Salud Mental y Atención Primaria: accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2, 1-6. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley 10.306 (1985). Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- Ley 22.914 (1983). *Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos*. Poder Ejecutivo Nacional y Poder Legislativo Nacional.
- Ley 23.277 (1995). *Régimen legal del Ejercicio de la psicología*.
- Ley 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Maceira, D. & otros (2010). Sistemas de Salud locales: análisis de la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago en Córdoba, Salta y Tucumán. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Marecos, E. A. (2001). Conceptos claves acerca de la salud. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N°, 108*, 17-19.
- Martínez Miqueléz, M. T. (2006). *Descripción, provisión y utilización de Servicios de Salud Mental*. Mar del Plata: Municipalidad de General Pueyrredón.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación (2003). Resolución 22/03. *Salud Pública – Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud (PROMAPS): Objetivos*. Boletín Oficial.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004). *Bases del Plan Federal de Salud*. Documento Institucional n° 1.
- Moscoso, N. S. & Modarelli, R. (2009). Descentralización en Salud: marco conceptual y políticas públicas en Argentina. *Revista Ciencias Económicas, 27*, 1-14.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Panamá: OPS.

Paganini, J. M. y otros (2010). Evaluación de Sistemas de Salud y la Estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Presidencia de la Nación (1994). *Constitución de la Nación Argentina*. Santa Fe.

Repetto, F. & otros (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los Noventa: Una reforma a mitad de camino*. Documento 55. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional – Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia.

Rodríguez Salgado, C. M. (1996). *Salud-Enfermedad* (Publicación interna). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Carrera Post Grado Especialización en Bioética, Grupo de Investigación “Consentimiento Informado” (C.I.R.A).

Saidón, O. & Troianovski, P. (1994). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, 11, 2-12.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 6, 3.

Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 6, 31-59. Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

Stolkiner, A. (1991). Crisis, Estado y Políticas en Salud Mental. *Revista Salud problema y debate*, 6. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Psicolibro Colección FUNDEP (en prensa Marzo 2013).

Stolkiner, A. & Gómez Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 57-67. Buenos Aires.

Testa, M. (1996). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.

Ugalde, A. & Jackson, J. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73, 45-60. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Bertolote, J.M. (2008). *Raíces del concepto de Salud Mental*. World Psychiatry. Disponible en: <http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf> (Consulta: 04/05/2013).

Centrángolo, O. & Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Disponible en: <http://www.eclac.org> (Consulta: 02/06/2012).

Centro de estudios Legales y Sociales (CELS) & Mental Disability Rights International (MDRI) (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre los Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*. Disponible en: <http://www.cels.org.ar> (Consulta: 09/10/2012).

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. *Código de Ética*. Disponible en: http://www.colpsibhi.org.ar/sites/default/files/pdf/codigo_de_etica.pdf (Consulta: 15/07/2013).

Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (2013). Decreto 603/2013. Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar> (Consulta: 30/05/2013).

Del Castillo, N. (2008). *La Salud Mental en Argentina*. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.net> (Consulta: 12/07/2013).

Descriptor en Salud. Disponible en: <http://www.decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> (Consulta: 25/06/2013).

Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2010). *Capitalismo, Sujeto y Lazo Social*. XXIV Jornadas de

Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Provincia de Buenos Aires; XI Jornadas de Residentes de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files> (Consulta: 12/06/2012).

Dirección Provincial de Estadística. Subsecretaría de Hacienda (2010). *Censo 2010 Provincia de Buenos Aires. Resultados definitivos por partido*. Disponible en: <http://www.ec.gba.gov.ar/estadistica/librocenso2010.pdf>. (Consulta: 13/06/2013).

Dirección Provincial de Estadística (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Disponible en: <http://www.ec.gba.gov.ar/estadistica/Censo/partidos/gpueyrre/gpuey.htm> (Consulta: 13/06/2013).

Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) (2007). *La desigualdad en la salud*. Disponible en: <http://www.fiel.org> (Consulta: 04/02/2013).

Galende, E. (1989). *Modernidad y modelos de asistencia en salud mental en Argentina*. II Jornadas de A.P.S. CONAMER A.R.H.N.R.G. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf> (Consulta: 17/07/2013).

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. *Presupuesto de gastos y recursos de la administración provincial, Leyes 14.331/12, 14.199/11 y 14.062/2010*. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion> (Consulta: 02/04/2013).

Honorable Concejo Deliberante de General Pueyrredón (2009). *Ordenanza Municipal n° 19.059*. Disponible en: <http://www.concejomdp.gov.ar> (Consulta: 17/02/2014).

Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial> (Consulta: 13/06/2013).

Lipcovich, P. (2013). *La Ley de salud mental lleva más de dos años sin reglamentar*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar> (Consulta: 25/01/2013).

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina (2006). *Consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental. Salud mental y Derechos Humanos. Cuadernillo orientativo dirigido a profesionales de la salud mental*. Disponible en: <http://www.conabip.gov.ar> (Consulta: 14/11/2012).

Ministerio de la República Federativa de Brasil, Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (1995). *Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/articulo/downloadAttachment/id/3106> (Consulta: 15/06/2013).

Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Normativas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental> (Consulta: 06/08/2013).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2010). *Guía de establecimientos asistenciales. Dirección de Información Sistematizada.*

Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar> (Consulta: 27/05/2012).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2012). *Programas provinciales.* Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/> (Consulta: 21/11/2012).

Municipalidad de General Pueyrredón (2012). *Salud: Información de Interés. Programas.* Disponible en: <http://www.mardelplata.gob.ar> (Consulta: 20/11/2012).

Municipalidad de General Pueyrredón (2012). *Sistema de Atención Primaria.* Disponible en: <http://www.mardelplata.gob.ar> (Consulta: 20/11/2012).

Municipalidad de General Pueyrredón (2013). *Información Presupuestaria: Estado de ejecución de gastos años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012.* Disponible en: <http://www.mardelplata.gob.ar> (Consulta: 09/07/2013).

Organización de las Naciones Unidas (2000). *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.* Disponible en:

<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm> (Consulta: 15/06/2013).

Pacenza, M. I. & Andriotti Romanín, E. (2005). *Condiciones y medio ambiente de trabajo de distintos grupos profesionales: psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales en los servicios públicos de salud mental*

de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. Disponible en: <http://www.aset.org.ar> (Consulta: 27/08/2012).

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros.* Disponible en: <http://www.pnud.org.ar> (Consulta: 05/03/2013).

Stolkiner, A., Comes, Y. & Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.* Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110019> (Consulta: 26/03/2013).

Testa, M. (1989). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud.* Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf> (Consulta: 14/06/2013).

Vainer, A. (1999) *Historia de la Salud Mental. Memorias para el futuro 3. El cuento de la buena interdisciplina.* Clepios, una revista para residentes de salud mental n° 15. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/revista/> (Consulta: 30/11/2012).

Vainer, A. (2007). *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental.* Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos> (Consulta: 26/03/2013).

Entrevistas a Informantes Clave

Lic. Di Sábato, Favio. Diciembre de 2012.

Lic. Martínez Miqueléz, María Teresa. Febrero de 2013.

Lic. Más, Fermín. Febrero de 2013.

Lic. Rodríguez, Susana. Febrero de 2013.

Lic. Stazzone, Roberto. Marzo de 2013.

Tec. Gentile, Mónica. Abril de 2013.

ANEXO

MODELOS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Entrevista Semiestructurada a Autoridades del Sistema Sanitario

Marplatense

Cuestiones Introductorias

a. Concepciones Teóricas, Ontológicas, Epistemológicas

1. ¿Cómo concibe la Salud el gobierno municipal?
2. ¿Cómo concibe la Salud Mental el gobierno municipal?
3. ¿Qué problemáticas considera Ud. que enfrenta actualmente el sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata?

b. Políticas en Salud y en Salud Mental

1. ¿Cómo se conforma y cómo se implementa una política en salud?
2. ¿Cuáles son las políticas en Salud, y particularmente en Salud Mental, que se desarrollan en Mar del Plata?
3. ¿Se realiza una evaluación del impacto de la política pública implementada?
4. ¿Cómo se toman las decisiones en materia sanitaria? ¿Se priorizan áreas?

c. Planes, Programas, Proyectos

1. ¿Qué planes o programas municipales de salud se llevan a cabo?

2. ¿Cómo se implementa un plan o programa municipal de salud?
3. ¿Existe una articulación entre programas municipales, provinciales y nacionales?
4. ¿El municipio debe adherir a planes y programas provinciales y nacionales? ¿Éstos son obligatorios?

Eje 1: Actividad Profesional

1. ¿Cuáles y cuántos son los cargos municipales referidos a Salud y a Salud Mental?
2. ¿Cuáles son los criterios de selección y contratación del personal?
3. ¿Hay rotación de personal a lo largo del tiempo?
4. ¿Cómo desarrolla un profesional de la salud su carrera sanitaria dentro del sector municipal?
5. ¿Cómo caracterizaría Ud. la inserción y la actividad profesional del psicólogo como parte del equipo de Salud Mental?
6. ¿El municipio brinda capacitación a profesionales de la Salud y de la Salud Mental? ¿De qué tipo?

Eje 2: Atención Sanitaria y Atención en Salud Mental

1. ¿Qué factores o aspectos considera Ud. que influyen sobre la forma y la calidad de atención en Salud en general, y en Salud Mental en particular?
2. ¿Qué características más relevantes presentan actualmente, y comparativamente los servicios de Salud Mental de las diferentes

instituciones (hospitales provinciales (HIGA y HIEMI), centros, subcentros y unidades sanitarias municipales)?

3. ¿Cuáles serían, según su consideración, las dificultades más relevantes que presentan los servicios de salud en cuanto a la atención?
4. ¿Cómo funcionan las derivaciones a Salud Mental?
5. ¿Se realiza un seguimiento de los tratamientos? ¿Cómo se lleva a cabo?
6. ¿Se realizan tareas de Prevención en Salud Mental?
7. ¿Existe una articulación entre centros de salud y otras instituciones (ej. escuelas)?
8. ¿Cómo calificaría Ud. la calidad de la atención de la salud en la ciudad de Mar del Plata?

Eje 3: Demanda Atendida

1. ¿La población atendida en la ciudad de Mar del Plata presenta características particulares? Si es así, ¿cuáles?
2. ¿Varían éstas según los distintos barrios o zonas geográficas de la ciudad? ¿De qué modo?
3. ¿Cuáles son los tipos de padecimientos más frecuentemente atendidos/tratados en Mar del Plata?
4. ¿Se recogen y/o sistematizan datos (p. e. en informes mensuales/anuales) de las diferentes instituciones de salud acerca de la atención/prestación realizada, población atendida, cantidad de

admisiones/tratamientos/internaciones? ¿Por qué motivo/con qué finalidad? ¿Se lo utiliza como insumo de políticas públicas?

Eje 4: Recursos Económicos, Infraestructura y Presupuesto

1. ¿Qué características presentan la infraestructura edilicia y los insumos con los que cuenta el sistema sanitario marplatense?
2. ¿Qué niveles de complejidad presentan los hospitales, los centros y subcentros de salud, y las unidades sanitarias?
3. ¿Cómo se piensa, se aprueba y se distribuye el presupuesto en Salud?
4. ¿Cómo se piensa, se aprueba y se distribuye el presupuesto en Salud Mental?
5. El presupuesto y los recursos económicos del sistema sanitario, a lo largo de la historia, ¿fue creciente, decreciente o estacionario? ¿Cuál fue el impacto del impuesto destinado a la salud?
6. ¿Podría Ud. decirnos de cuánto son los sueldos de los profesionales?

Eje 5: Práctica Profesional en Relación al Marco Legal Vigente

1. ¿Cómo concibe, desde su rol o cargo, la Ley de Salud Mental 26.657?
2. ¿Cómo se piensa al rol de cada profesional en el marco de esta ley?
3. ¿Considera que desde la sanción de dicha ley, y tal como ésta lo indica, ha aumentado el presupuesto destinado a Salud Mental?
4. ¿Qué posibilidades y limitaciones observa en dicha ley?

B. Entrevista Semiestructurada a Profesionales de Servicios de Salud Mental

Eje 1: Actividad Profesional

1. ¿Qué cantidad de profesionales integra el equipo de SM?
2. ¿Qué cargo, título o especialidad tienen?
3. ¿Se encuentran en planta temporaria, permanente, o alguna otra modalidad de contratación?
4. ¿En qué horarios trabaja cada uno de los miembros del equipo?
5. ¿Cómo se han insertado los profesionales del equipo en la institución?
6. ¿Reciben capacitación? ¿De qué tipo? ¿Quién la gestiona?

Eje 2: Atención Sanitaria y Atención en Salud Mental

1. ¿Qué factores o aspectos considera Ud. que influyen sobre la forma y la calidad de atención en la institución en general, y en el servicio en particular?
2. ¿Cómo caracterizaría/calificaría Ud. la calidad de atención brindada por la institución y por el servicio?
3. ¿Qué modalidad/es de atención presta el servicio?
(admisión/tratamiento/ internación/derivación/otras)
4. ¿Cómo funcionan las derivaciones a este servicio?

5. ¿Se realiza una articulación con otras instituciones (ej. Escuelas)?
¿Cómo funciona?
6. ¿Se realiza un seguimiento de los casos atendidos/derivados?
7. ¿Se realizan tareas de prevención? Si es así, ¿en qué consisten?
8. ¿Cuáles son los motivos más frecuentes que llevan a la deserción de los tratamientos?

Eje 3: Demanda Atendida

1. ¿Cuántas admisiones se realizan aproximadamente por semana?
2. ¿A cuántas personas se atiende aproximadamente por semana?
3. ¿La población atendida presenta características particulares? Si es así, ¿cuáles?
4. ¿Cuáles son los padecimientos más frecuentemente atendidos/tratados?
5. ¿Cuál es el tiempo promedio de internación de un paciente? ¿Cuál es el tiempo promedio de tratamiento de un paciente? (según la modalidad de que se trate en cada institución)
6. ¿Realizan algún tipo de sistematización de información sobre atención/prestación realizada, población atendida, cantidad de admisiones/tratamientos/internaciones? ¿Por qué motivo/con qué finalidad?

Eje 4: Recursos Económicos, Infraestructura y Presupuesto

1. ¿Con qué infraestructura edilicia e insumos cuenta el servicio?
2. ¿Cómo se distribuye la partida presupuestaria para el servicio?
3. ¿Podría Ud. decirnos de cuánto son los sueldos de los profesionales?

Eje 5: Práctica Profesional en Relación al Marco Legal Vigente

1. ¿Conoce Ud. la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657?
2. ¿Cuál es su consideración personal acerca de la viabilidad o aplicabilidad de la misma?
3. ¿Nota Ud. cambios a partir de la sanción de dicha ley? Si es así, ¿cuáles?

C. Encuesta Para Miembros de Equipos de Salud Mental

La presente investigación es llevada a cabo por las estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata: Alvarez, Ma. Antonela; Benitez, Ma. Julia; Marinone, Ana Laura.

La meta de este estudio es conocer distintos aspectos de la actividad profesional de los trabajadores del Sistema Sanitario Marplatense.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de la presente encuesta. Su participación es estrictamente voluntaria.

Sus respuestas a esta encuesta serán anónimas, sin utilizarse para otros propósitos que no fueran de los de esta investigación. Las opiniones de todos los encuestados son anónimas siendo reportadas en la tesis de pregrado, pero nunca se revelarán datos individuales.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique

en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Eje 1: Actividad Profesional

Título profesional: _____

Modalidad de contratación (marque con una cruz):

- Planta permanente
- Planta temporaria
- Otra (Indique): _____

Cantidad de horas de trabajo por semana: _____

¿Cómo accedió a este cargo?

¿Recibe capacitación? (marque con una cruz)

- Sí
- No

En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿De qué tipo?

Dictada por:

Eje 2: Atención Sanitaria y Atención en Salud Mental

¿Cuál/es de estos factores o aspectos considera Ud. que influye/n sobre la forma y la calidad de atención en el Servicio de Salud Mental de esta institución? (marque con una cruz):

- Económicos/presupuestarios
 - Políticos
 - Ideológicos
 - De formación teórica
 - Legales
 - Otro/s (indique): _____
-
-

¿Cómo caracterizaría/calificaría Ud. la calidad de atención brindada por el Servicio de Salud Mental de esta institución? (marque con una cruz):

- Totalmente satisfactoria
- Muy satisfactoria
- Satisfactoria
- Parcialmente satisfactoria
- Insatisfactoria

En las líneas que siguen a continuación le pedimos que por favor justifique su respuesta:

¿Qué modalidad/es de atención presta el servicio? (marque con una cruz)

- Admisión
 - Tratamiento
 - Internación
 - Derivación
 - Otros (indique): _____
-

¿Se realizan tratamientos en conjunto con otras instituciones? (marque con una cruz):

- Sí
- No

¿Se realiza un seguimiento de los casos derivados? (marque con una cruz):

- Sí

- No

En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿de qué forma?

Cree que la deserción en los tratamientos es (marque con una cruz):

- Alta
- Media
- Baja

Eje 3: Demanda Atendida

¿A cuántas personas Ud. atiende aproximadamente por semana? _____

Considera este número (marque con una cruz):

- Excesivo
- Razonable
- Escaso

¿Por qué? _____

¿A cuántas personas atiende el equipo aproximadamente por semana? _____

¿Cuáles son los padecimientos más frecuentemente atendidos/tratados?

¿De dónde proviene mayoritariamente la demanda de la población atendida?
(marque con una cruz):

- Demanda espontánea
- Derivación de otras instituciones
- Derivación de otros profesionales de la institución
- Otros (Indique): _____

Eje 4: Recursos Económicos, Infraestructura y Presupuesto

¿Cómo es el espacio físico en el que Ud. atiende? (describalo brevemente):

¿Comparte este espacio con otros profesionales? (marque con una cruz):

- Sí
- No

¿Qué de este espacio usted modificaría en caso creer necesario? ¿Por qué? _____

¿Considera que su sueldo en esta institución es adecuado, en relación a su trayectoria, horas de trabajo, etc.? ¿Por qué? _____

Eje 5: Práctica Profesional en Relación al Marco Legal Vigente

¿Qué entiende usted por trabajo interdisciplinario? (defina brevemente):

¿Considera Ud. que trabaja en forma interdisciplinaria? (marque con una cruz):

- Sí
- No

¿Por qué motivo/s? (marque con una cruz):

- Es una exigencia de la institución
- Simplifica o aminora el trabajo
- Permite una mejor atención de la población
- Otro/s (Indique): _____

¿Qué factores considera usted que desde la institución facilitan y/u obstaculizan el trabajo interdisciplinario? (Indique dentro de la/s columna/s del recuadro):

Factores facilitadores	Factores obstaculizadores

¿Considera que el resto de los miembros de su equipo de trabajo tienen una visión similar a la suya sobre el trabajo interdisciplinario? (marque con una cruz):

- Sí
- No

¿Considera que el equipo de trabajo funciona de manera simétrica o asimétrica? ¿Por qué? _____

Muchas gracias.