

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143/89

Titulo

“CAPACIDAD DE RESPUESTA DE DOS SUBCENTROS DE SALUD  
MENTAL A LA DEMANDA REQUERIDA”

Autor:

Di Giovanni Darío Sebastián

Mat: 5708/02

DNI: 30799114

Supervisor: Mg. María Inés Pacenza

Cátedra de radicación: Grupo de Investigación S.O.V.I.U.C.

Mar del Plata

Año 2007



Nº CLASIFICACION :	ADQUISICION :
T-pg D	Bo
	Nº INVENTARIO :
	R-440

## Uso del trabajo de investigación

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del alumno Darío Sebastián Di Giovanni de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del autor.



### **Aprobación de la supervisora**

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el alumno Darío Sebastián Di Giovanni, matrícula nº 5708/02, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los .... Días del mes de ..... del año 2007.

Firma y aclaración y sello del Supervisor.

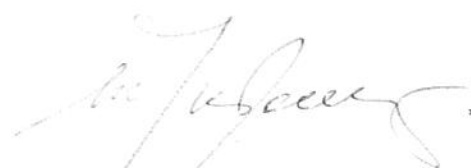


## Informe de Evaluación del Supervisor

El tesista cumplimentó con lo pautado en el proyecto de tesis cuyo objetivo general fue: “conocer la capacidad de respuesta a la demanda de los dos subcentros (Jorge Newbery, Alto Camet) de salud del Partido de general Pueyrredón y sus efectos en las condiciones de trabajo de los profesionales involucrados”.

El informe presentado da cuenta de la amplia búsqueda bibliográfica realizada que le permitió realizar un análisis multidimensional, en el que integra aspectos objetivos- estructurales y microsociales- subjetivos, de la problemática bajo estudio.

Con respecto al abordaje teórico-metodológico se destaca la combinación de técnicas cualitativas (observación densa y entrevistas) y cuantitativas como el análisis de fuentes secundarias y la construcción de datos mediante el cuestionario de encuesta. Se destaca la presentación de datos realizada en el capítulo cuatro en el que se observa el esfuerzo realizado para la comprensión del fenómeno.



Mg. María Inés Pacenza

## **Presentación ante la Comisión Asesora**

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el alumno Darío Sebastián Di Giovanni, matrícula nº 5708/02.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación

## PLAN DE TRABAJO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**Plan de trabajo**

**NOMBRE Y APELLIDO                      DNI            MATRICULA**

Di Giovanni, Darío Sebastián    30.799114    5708/02

**Cátedra o seminario de radicación:** Grupo de Investigación SOVIUC

**Supervisora:** Mg. María Inés Pacenza

**TITULO DEL PROYECTO:**

**“Capacidad de respuesta de dos subcentros de salud mental, a la demanda requerida”**

**DESCRIPCION RESUMIDA**

Este proyecto forma parte de la Investigación que realiza el grupo SOVIUC de la UNMDP; Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) dirigido por Mg. María Inés Pacenza. Tiene por objetivo conocer la capacidad de respuesta que estas instituciones poseen (entendiendo como tales el conjunto de estrategias, recursos y metodologías disponibles y plausibles de ser utilizadas) frente a la demanda que se les presenta, teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas, las

particularidades de la consulta y pensando la demanda como conducta que una persona adopta en función de una necesidad y que espera ser satisfecha.

Se parte del supuesto que las restricciones del contexto socio-económico han influido en el tipo y la complejidad de la demanda y en la capacidad prestataria de las instituciones, es por ello que resulta necesario indagar sobre los recursos de las mismas (infraestructura, presupuesto, dotación de profesionales, condiciones y medio ambiente de trabajo) en el área de Salud Mental. Los subcentros elegidos para hacer la investigación son:

\_Subcentro Newbery, calle Moreno 9375.

\_Subcentro Alto Camet, calle Cura Brochero 3675.

#### Palabras claves

Salud mental, Demanda, Subcentros, Capacidad de respuesta, condiciones y medio ambiente de trabajo

#### **DESCRIPCION DETALLADA**

Motivos y antecedentes

Los antecedentes para realizar este trabajo, son las investigaciones realizadas por el grupo SOVIUC cuyo objetivo general es analizar el modo de funcionamiento de los servicios públicos en salud mental del Partido de General Pueyrredón - en el marco de las transformaciones operadas en la última década - para determinar el impacto que las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) tienen en las trayectorias laborales institucionales de los profesionales del área y, del servicio efectivamente prestado. Este concepto, CYMAT, hace alusión desde un enfoque global mas amplio que el de la Medicina del Trabajo a todos los factores-estructurales, institucionales y generales de vida - que influyen sobre el trabajador poniendo especial énfasis en el carácter sumatorio e interactuante de los mismos. De esta manera se centra el enfoque en las subcentros y en los distintos grupos profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) que se desempeñan en los diferentes servicios de salud mental.

Dadas las condiciones de progresivo deterioro socioeconómico y cultural y la escasez de recursos para el desarrollo de programas y prestación de servicios en salud mental, lo que en otros países puede ser una secuencia histórica en la investigación e implementación de políticas, en la Argentina aparecen como tres problemas simultáneos. La incidencia de los factores sociales ha crecido significativamente en los procesos de formación de la patología mental y este fenómeno requiere ahora de otras competencias profesionales como para poder diagnosticar, tratar y evaluar adecuadamente los procesos terapéuticos. El mismo proceso se ha



desarrollado en la ciudad de Mar del Plata. Este cambio en la demanda de salud mental agrega nuevas y mayores exigencias al trabajo que deben llevar a cabo los profesionales de la salud mental -en particular los profesionales de la psicología-, en el marco de un proceso de reforma de los sistemas de salud que ha venido afectando a los países de nuestra región durante el mismo lapso. (Mas y Mazzetti, 2007)

Los servicios dedicados a trabajar con estas problemáticas suelen tener bajas coberturas y presentan numerosas barreras –físicas, temporales y psicosocioculturales- que impiden a numerosos sectores de la población acceder a la atención, complejizan las condiciones de trabajo e inhiben la capacidad de respuesta. Siguiendo a Galende (1994) podemos plantear que los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Aun cuando la naturaleza biológica de los hombres esté comprometida y participe en estas relaciones, los valores salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector. Es por esta razón que para comprender una parte de la realidad social del campo que se plantea, se hace necesario conocer el modo de funcionamiento de las dos subcentros señalados, en cuanto a su capacidad de respuesta a la demanda y sus características más relevantes.

Si desde una visión integral del ser humano y del proceso salud-enfermedad consideramos la Salud Mental como un componente significativo no podemos dejar de lado las condiciones sociales de vida a las cuales se halla emparentada. Esta postura implica el alejamiento con respecto de los paradigmas positivos, los cuales entienden la enfermedad mental como un objeto natural que se enmarca en la dimensión intrasubjetiva, para pasar a una visión relacional que privilegie lo intersubjetivo. Como plantea Filippi (1996), la ciencia ha cambiado. La creencia de que existe una realidad objetiva fuera de nosotros ha perdido consenso. Habitamos en un universo siempre subjetivo y siempre forjado por recíprocas interacciones. Morín (1996) plantea este paradigma de la complejidad en el cual la noción de sujeto encuentra su fundamento que había sido dejado de lado o anulado en la ciencia positiva clásica.

Desde esta lógica contextual-relacional, una de las premisas de las que se parte en esta investigación es que el actual contexto socio-económico ha influido en el tipo de demanda y en la complejidad de la misma, es por ello que se hace necesario un relevamiento actual en los centros en donde estas variables se ponen en juego.

La ciudad de Mar del Plata cuenta con 18 centros de salud que en su mayoría trabajan de forma interdisciplinar, reuniendo en sus equipos distintos profesionales (Psicólogos, Psicopedagogos, Fonoaudiólogos y Terapistas Ocupacionales). La cantidad de profesionales que trabajan en estos centros fluctúan de un caso a otro, pero se trata de grupos de que pueden variar entre tres a seis personas. Acorde a la información brindada

por el departamento de Salud Mental sito e Jara 1661, sus objetivos principales son:

-Brindar un primer espacio de escucha para toda persona con sufrimiento mental.

-Realizar una aproximación psicodiagnóstica, que permita establecer pertinencia y posibilidad de responder a la demanda, en el marco de Atención primaria de la Salud.,

-Evitar el deambular de un servicio a otro

Se han seleccionado dos subcentros para esta investigación a partir de la sugerencia de la directora de Salud Mental del partido de Gral. Pueyrredón, Lic. Susana Rodríguez, por ser dos de los centros más concurridos y que más profesionales tienen en su composición. Subcentro Newbery y Subcentro Alto Camet, aunque sería interesante, para futuras investigaciones, extender el estudio hasta abarcar una proporción mas elevada de los mismos.

#### \_ Objetivos generales

Conocer la capacidad de respuesta a la demanda de los dos subcentros y sus efectos en las condiciones de trabajo de los profesionales involucrados

#### \_ Objetivos particulares

Describir las CYMAT de los dos subcentros mencionados

Analizar las condiciones sociodemográficas de la población que acude a la consulta

Relevar los motivos de consulta más frecuentes

Identificar las estrategias institucionales utilizadas para dar respuesta a la demanda

Comparar el funcionamiento de ambos centros

\_ Hipótesis

La capacidad de respuesta a la demanda de los subcentros estudiados, se halla condicionada por la actual política sanitaria en salud mental y por el aumento en afectados frente al aumento en el tipo y complejidad de las demandas en salud mental.

\_ Métodos y técnicas

Se utilizará una metodología de tipo cuanti-cualitativa combinando entrevistas semiestructuradas, observaciones densas y encuestas de opción múltiple.

Para indagar las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) se administrará el cuestionario confeccionado por el grupo SOVIUC.

\_ Lugar de realización del trabajo

Se han seleccionado dos subcentros para esta investigación: Subcentro Newbery (calle Moreno 9375) y Subcentro Alto Camet. (Calle Cura Brochero 3675)

\_ Cronograma de actividades

Actividades	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Recopilación y búsqueda bibliográfica	X					
Presentación del Plan de Trabajo	X					
Elaboración del marco teórico	X					
Contacto con los directores de los subcentros		X				
Administración de entrevistas y encuestas CYMAT		X				
Recolección de datos			X			
Procesamiento y análisis de los datos				X		
Interpretación de los resultados				X	X	
Conclusiones del trabajo						X
Confección del informe final						X

### Bibliografía básica de referencia

-Alvarez, Adriana; Reynoso, Daniel. Médicos e instituciones de salud: Mar del Plata 1870-1960. Libro. Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. 163p.

- Arias, Claudia Josefina. Tesista; Golpe, Laura Irene. Dir. Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. T. Mar del Plata: 2001. 250p.
- Borrell Bentz, Rosa María. Comp. Municipios saludables. Portafolio educativo. Libro. Buenos Aires: O.P.S. Organización Panamericana de la Salud, 2005. 320p.
- Cascardo, Natalia. tesista; Longo, Diego. tesista; Videla, María Amalia. Tesista; Oggero, Haydée. Dir. Salud mental y trabajo. Estudio exploratorio del síndrome de burn-out en el hospital público. T-pg. Mar del Plata: 2005. 61p.
- Gallina, Patricia. tesista; Perez Massa, Florencia. tesista; Soave, Silvana. tesista; Cacciari, Analia. dir. Estudio de los efectos de la institucionalizacion de enfermos mentales en el Hospital Neuropsiquiatrico Dr. D. Taraborelli (Necochea). T-pg. Mar del Plata: 2002. 101p.
- Gastron, Liliana; Lombardo, Enrique; Roel, Irene; Sanchez, Mirta; Tellechea, Mónica; Monchietti, Alicia. Comp. Como vemos a los viejos, como se ven ellos a sí mismos. Libro. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2000. 124p.
- Grufi, Paola Guadalupe. tesista; Orlando, Andrea Fabiana. tesista; Rubinovich, Viviana. dir. Caracterización de la demanda en la urgencia. T-pg. Mar del Plata: 2004. 50p.
- Katz, Ignacio. Salud para todos. Libro. Buenos Aires: Eudeba, 1988. 152p.



.-Katz, Jorge; Muñoz, Alberto. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Libro. Buenos Aires: Centro editor de América Latina, 1988. 122p.

FIRMA DEL DIRECTOR/A

*[Handwritten signature]*  
M. J. P. ...

FIRMA DEL ALUMNO

*[Handwritten signature]*

## Dictamen sobre Plan de Trabajo

Alumno: DI Giovanni, Darío Sebastián

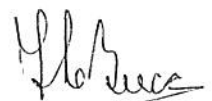
Supervisora: Mg. María Inés Pacenza

Título: "Capacidad de respuesta de dos subcentros de salud mental a la demanda requerida"

Si bien el encuadre del plan de trabajo resulta correcto, considero que requiere de ajustes tales como:

- Se debe determinar los lineamientos de la política de salud mental local y su correlación con la política a nivel nacional y provincial; puntos de encuentro y desencuentro.
- No se explica como se recabaran los datos referentes a partidas presupuestarias, criterios de distribución, recorrido histórico de las mismas, comparación con otras áreas, etc.
- No se describe de dónde saldrán los datos sociodemográficos, prevalencia de sexo, edad, patologías más frecuentes y seguimiento, que se utilizará: censo de población 2001 (barrio Camet y Newbery), diagnósticos efectuados por servicio social de cada Subcentro, otros.
- No se especifica cual será la muestra, ni sus características: quienes serán los profesionales entrevistados. Cuáles serán los criterios de selección, etc.
- En relación a los instrumentos a emplearse no se precisa si se harán encuestas o entrevistas a pacientes, por lo cual no queda claro cómo se conocerá el nivel de demanda insatisfecha de la población atendida.
- No se precisa cómo se captará el impacto de la calidad de atención, y cual es la incidencia del CYMAT, objetivo que pretende medir este trabajo. Uno de los problemas más significativos de estos servicios es el abandono precoz de los tratamientos, por lo tanto es coherente plantear ¿Cómo será medido? ¿Desde los directivos, profesionales, pacientes?
- Si bien se detalla bibliografía se aconseja trabajar con documentos de política sanitaria, posiblemente este considerado en dichas tesis citadas, pero resulta necesario hacer interpretaciones propias al respecto, como así también legislación sobre CYMAT.

Se considera este plan aprobado, pero se recomienda incorporar estas sugerencias.



Firmado: Mg. Irene Bucci

## INDICE GENERAL

Portada	i
Uso del trabajo	ii
Aprobación del/a supervisor/a	iii
Evaluación del/a supervisor/a	iv
Evaluación de la Comisión Asesora	v
Plan de trabajo	vi
Índice General	vii

**Título: “Capacidad de respuesta de dos subcentros de salud mental, a la demanda requerida”**

## **CAPITULO I**

**INTRODUCCION** 2-5

## **CAPITULO II**

**MARCO TEORICO** 6

2.1 Contexto socio-económico 7-10

2.1.2 Política social del neoliberalismo: consecuencias en la Argentina

11

2.2 Capacidad de respuesta y Demanda 12-14

2.2.1. Definición del concepto de demanda 15-21

### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGIA**

22

#### 3. Metodología

23-25

### **CAPITULO IV**

#### **PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS Y**

#### **RESULTADOS**

26

#### 4.1 Subcentros

27-30

#### 4.2 Demanda: aumento y complejidad

31-32

#### 4.3 Capacidad de respuesta

33-34

#### 4.4 Percepción de las CYMAT

35-37

#### 4.5 Condiciones sociodemográficas de la población

38

#### 4.6 Motivos de consultas más frecuentes y estrategias utilizadas para dar respuesta a la demanda

39-40

#### 4.7 Comparación del funcionamiento de ambos centros

41

#### 4.8 Conclusión final

42-46

#### **BIBLIOGRAFIA**

47-49

#### **ANEXOS**

50-61

#### **GRAFICOS**

62-64

**“CAPACIDAD DE RESPUESTA DE DOS SUBCENTROS DE SALUD  
MENTAL A LA DEMANDA REQUERIDA”**

**Autor:**

**Di Giovanni, Darío**

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

## Introducción

El presente trabajo de investigación forma parte del requisito curricular de la Lic. en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Parte de la inquietud del autor por investigar la capacidad de respuesta a la demanda requerida de dos subcentros públicos, tema que considera de importancia capital en el ámbito de la Salud Mental. Posee como antecedentes las investigaciones realizadas por el grupo SOVIUC cuyo objetivo general es analizar el modo de funcionamiento de los servicios públicos en salud mental del Partido de General Pueyrredon - en el marco de las transformaciones operadas en la última década - para determinar el impacto que las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) tienen en las trayectorias laborales institucionales de los profesionales del área y, del servicio efectivamente prestado y toma como uno de sus puntos de partida el trabajo "Universidad y Sociedad. Trayectorias laborales de los psicólogos egresados de la UNMdP". de la Mg. María Inés Pacenza y la Lic. Susana Cordero.

Su objetivo general es conocer la capacidad de respuesta a la demanda de los dos subcentros y sus efectos en las condiciones de trabajo de los profesionales involucrados

Los objetivos particulares son: Describir las CYMAT de los dos subcentros mencionados, analizar las condiciones sociodemográficas de la población que acude a la consulta, relevar los motivos de consulta más

frecuentes, identificar las estrategias institucionales utilizadas para dar respuesta a la demanda, comparar el funcionamiento de ambos centros.

Para su realización se llevó a cabo una intensa búsqueda bibliográfica y posteriormente se decidió la mejor manera de abordaje al campo de estudio. Para tal fin se combinaron técnicas cuanti-cualitativas de investigación. Entre las primeras se encuentran el cuestionario del grupo SOVIUC que posee preguntas cerradas y abiertas. Por el lado de las técnicas cualitativas, las utilizadas fueron: entrevistas semidirigidas y observación densa.

Antes de comenzar el recorrido de investigación se llevó a cabo una entrevista con la directora del departamento de Salud Mental, Lic. Susana Rodríguez, cito en la av. Jara 1661, en donde se consiguieron las autorizaciones correspondientes para comenzar la investigación y el listado de los centros posibles. Los subcentros elegidos, Alto Camet y Jorge Newbery fueron sugeridos por la Lic. Rodríguez por contar con un equipo de profesionales variado y por ser además, dos de los mas importantes. Ambos lugares están situados en la periferia de la ciudad lo que dificulta, en casos de lluvia o temporales, el acceso a los mismos.

Una vez hecho el contacto con los dos subcentros elegidos se realizó otra entrevista preliminar con los respectivos directores para poner en conocimiento la investigación y que dieran el permiso para realizarla.

Si bien el primer contacto con los profesionales de los centros no fue fácil, debido a la cantidad de trabajo que realizan diariamente y la poca disponibilidad horaria que disponen para experiencias de este tipo, una vez

contactados se hizo evidente, en ambos centros, la buena predisposición y colaboración para realizar este informe.

Al conformar un estudio de casos no se espera que los resultados se puedan generalizar al universo pero sí que aporten datos significativos a la realidad concreta de los dos subcentros elegidos y que los mismos refuercen la hipótesis de trabajo.

Se espera que este trabajo, una vez finalizado, pueda servir para promover y facilitar investigaciones posteriores y que de esta manera contribuya a incrementar el conocimiento disponible sobre la temática estudiada.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO



## **Marco teórico**

En este tramo del trabajo se presentará lo que se considera más pertinente con el objetivo de definir, discutir y elucidar los conceptos teóricos alrededor de los cuales se estructura la investigación.

### **2.1 Contexto socio-económico**

Dentro del marco teórico de esta investigación considero fundamental plantear algunas cuestiones relativas a las características y determinantes macro-estructurales del país en la década pasada. Desde el punto de vista socio-económico, durante la década de los 90 se ha asistido a una serie de transformaciones como las que plantea Hugo Nochteff,: “el modelo impuesto por la Argentina en la década de los noventa estuvo caracterizado por reformas estructurales y políticas económicas que modificaron el comportamiento de la elite económica, impulsando la "burbuja" hacia el estancamiento, con rasgos marcados por el endeudamiento, las privatizaciones, la desregulación y la liberalización comercial. La otra cara de la moneda, es el impacto social, dado por la pérdida de poder en la interacción con la élite económica por parte de las instituciones y demás actores sociales, condición necesaria para el desarrollo” (Nochteff, 1994:43). Además, el conjunto de políticas neoconservadoras no pudieron poner en actividad el aparato productivo ni un proceso de desarrollo que se oriente a la consecución de la igualdad social, en tiempos caracterizados por la

exclusión social y la marginalidad, ni a achicar las diferencias en la distribución del ingreso.

Con la concomitante retirada del Estado del ámbito de lo público el sistema de Salud en general, y Salud Mental en particular, se ha visto profundamente afectado. De esta manera los parámetros de la Salud Mental quedan separados de lo público y de todo tipo de acción garantizada y/o planificada por el Estado. Como plantea Emiliano Galende (Galende, 1997: 202) "La salud mental es doblemente víctima de estas políticas, porque, por otra parte, se ve enfrentada a un crecimiento de la demanda de atención y a una complejidad mayor de los problema que debe encarar, y al mismo tiempo, el proceso de privatización en salud que analizamos modifica todos los criterios de cobertura en el sector privado, haciéndola mas restrictiva y discrecional, junto al empobrecimiento del sector público que ha modificado los valores y criterios de la atención".

Según Galli, (citado por Malvarez 1996) la salud mental puede concebirse como un proceso histórica y socialmente determinado, de integración de los elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva y objetivamente, en el que las personas y los grupos participan activamente de sus propios cambios y los de su entorno social. En cuanto a su dimensión política, señala que "es menester intervenir en las relaciones entre Estado y Sociedad y convertir a la salud mental en una cuestión social que se incluya en la agenda de los poderes legislativos, ejecutivo y judiciales en la de los movimientos sociales y sindicales". (1985: 13)

La crisis y posterior desmantelamiento del Estado benefactor tienen una incidencia directa en los derechos sociales, conquistados durante los años 60, la esfera de lo público y el entramado social del pueblo. A partir de la década de los 90 asistimos a un abandono total por parte del Estado en lo que respecta a las instituciones públicas, en este caso nos centraremos en las que conciernen a la Salud Mental en particular.

El término "Salud Mental" responde a una concepción dualista, ya que separa una salud mental de una salud del cuerpo y además que esta visión, que encierra en su interior una lógica positivista, biologicista y mecanicista lleva a las fracturas institucionales observadas en los centros de Salud estudiados.

Concretamente la situación a la que se asiste hoy en día parecería darle la razón a Alicia Stolkiner (1967: 32) quien plantea que en este campo de prácticas sociales (la salud mental) co-existen y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio en donde se devela en su forma mas clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en Salud

Como se expresa en algunos estudios sobre la temática (Parisi, Flores, Banci, 2006) deberíamos atenernos a los conceptos vertidos por la OMS, respecto de la salud en general: "Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". (OMS., 1946).



Si aceptamos como buena esta definición, estamos aceptando tácitamente que el estado mental también forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier sujeto. Porque, sin duda, no se puede ostentar un nivel óptimo de salud y un deficitario estado mental. Por tanto, el concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud y además como algo indisociable. Al concepto de salud hay que entenderlo siempre en un sentido amplio e integral. Es un concepto dinámico, que está ligado a las condiciones de vida, a la ideología dominante, a los avances científicos y a la evolución de la cultura. De tal manera, las actitudes de la población respecto de la salud, han ido cambiando en la medida que se operan cambios en los valores sociales. Y estos han posibilitado que el concepto no sólo se centre en lo curativo de antaño, sino que en la actualidad se consideren aspectos tales como el entorno, los factores de riesgo, los estilos de vida, la educación sanitaria, la situación de clase, la situación económica y todo cuanto contribuya a su promoción, fomento y prevención. Por otro lado, no podemos concebir la salud como un valor absoluto sino relativo, y sujeto a múltiples contingencias. Así pues, al concepto de salud tenemos que entenderlo de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y comunitario y para participar en el progreso común.

### 2.1.2 Neoliberalismo y Políticas Sociales: efectos en la Argentina.

La crisis del capitalismo avanzado de los setenta modifica la política social encarnada en el Estado de bienestar. Los neoliberales afirman que el bienestar social pertenece al ámbito privado y el Estado debe intervenir para garantizar un mínimo de bienestar solo a los indigentes. Rechazan el concepto de derechos sociales, o sea, el derecho a acceder a los bienes sociales por el solo hecho de ser miembro de la sociedad y la obligación de ésta de garantizarlos a través del Estado.

En Argentina, en el contexto de la crisis, el gobierno aplica "programas de ajuste" inspirados en las doctrinas neoliberales. La política de privatización en salud propuesta por el Banco Mundial en su Informe sobre el desarrollo en Salud, enmarca al proceso de regulación-desregulación del sector salud en nuestro país. Se trata de abrir al capital financiero un lucrativo mercado de 300 millones de pesos anuales. En 1997 se instituyen el Programa de Reversión de Obras Sociales (P.R.O.S.), el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), y se incluye al programa de créditos del Banco Mundial para la desregulación del sector. Se propone pasar de un sistema solidario, de cobertura universal y accesibilidad igualitaria a otro no solidario, no universal sino individual y fuertemente no igualitario. (Urrutia, Enrique 1999)

Como plantea Gallano, (1995), el Estado restringe cada vez más lo que invierte en salud pública y los criterios de rentabilidad económica han determinado un cambio de principios políticos. No se supone ya en primer plano el derecho a la demanda de los ciudadanos; el Estado no paga a los

profesionales para que escuchen el sufrimiento de los sujetos sino para que evalúen los resultados de los tratamientos, de los programas y de los dispositivos asistenciales. La administración impone un criterio de rentabilidad terapéutica. Por otro lado, las nuevas clasificaciones han eliminado la clínica hasta el punto de adaptarla a la prescripción medicamentosa.

Si bien hoy en día, estas políticas de corte neoliberal se hallan en franco retroceso, como lo plantea el Plan Federal de Salud 2004-2007, los efectos negativos de su implementación en décadas pasadas aun se observan en las instituciones públicas, las cuales no dan señales de una reversión importante de esta situación.

De acuerdo al mencionado plan se expresa la intención de cambiar el modelo de atención de la década pasada, con políticas orientadas a la prevención donde se logre una inclusión lo mas universal posible y donde se garantice a todos los ciudadanos el acceso a niveles de prestación de servicios básicos como así también el fortalecimiento del sector publico, cuestiones que aún no se han hecho realidad.

## **2.2 Capacidad de respuesta, Demanda y Políticas sanitarias**

Demanda, Capacidad de respuesta y Políticas sanitarias, son tres de los conceptos fundamentales en esta investigación. Por un lado entendemos la capacidad de respuesta (en este caso de los dos subcentros estudiados) como el conjunto de estrategias, posibilidades, tanto prácticas, praxiológicas

como institucionales para enfrentar de manera satisfactoria los requerimientos de quienes los solicitan.

Según la Organización mundial de la salud las políticas sanitarias son el conjunto de legislaciones, regulaciones y normas que gobiernan el conjunto de servicios utilizables por los individuos, para el cuidado de su "bienestar" físico, psicológico y social. Estos servicios pueden dispensarse en diversos emplazamientos, como en la propia comunidad, en el domicilio, en la escuela y en el centro de trabajo, en hospitales generales o especializados, clínicas y centros asistenciales de tipo residencial y no residencial, tales como sistemas para implementar regulaciones y normas que determinan el derecho a la prestación de servicios, a la provisión de dispositivos o tecnologías de ayuda u otros equipamientos especialmente adaptados; legislaciones específicas, como legislación sanitaria que determina las características del sistema sanitario, contemplando aspectos tales como la accesibilidad, la universalidad, la financiación pública y la cobertura asistencial. (O.M.S., 2001).

Actualmente la política sanitaria que rige o que debería regir el trabajo en el ámbito de la Salud Mental es la que esta contenida en el Plan Nacional de Salud Mental (res. Ministerial 254/98). Sus puntos más sobresalientes son los siguientes:

- Alcanzar la plena vigencia del derecho a la salud mental para toda la población.

- Optimizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

-Integrar las intervenciones en Salud Mental a los servicios de salud en redes de complejidad creciente.

-Establecimiento de una Red Nacional de Asistencial Jurisdiccional en Salud Mental, basada en la extensión, profundización, consolidación de la Atención Primaria de la Salud que garantice, en base a las necesidades de la población, adecuada, oportuna y la continua accesibilidad a los servicios de salud mental en el nivel de atención.

Según Varela, Javier Consultor PS/OOMS. (2002), [www.cor-oms.org](http://www.cor-oms.org), la atención primaria en salud se rige por los siguientes parámetros:

-Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

-La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

-Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Sus componentes estratégicos son:

- extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente
- desarrollo de la articulación intersectorial
- desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas
- disponibilidad de insumos y equipos críticos
- formación y utilización de recursos humanos
- financiamiento del sector
- cooperación internacional

Sus principios son:

- Equidad.
- Cobertura universal con servicios básicos.
- Carácter multisectorial (por ej: saneamiento básico, nutrición, educación).
- Participación de la comunidad.
- Fomento de la salud.

### **2.2.1 Definición del concepto de Demanda**

Para introducirnos en el concepto de demanda comenzaré exponiendo una definición que es presentada en el ámbito de la auditoría en salud por el Dr. Jaime Otero y según la cual se define la demanda como la conducta que una persona adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la oferta existente. Desde esta perspectiva podríamos considerar "la demanda", en articulación con las diferentes respuestas

dadas, como un indicador interesante del lazo social establecido, entre los diferentes grupos poblacionales y el sistema público de salud. Si bien la demanda puede en algunos casos ser de otro (del que lo manda al paciente, Ej.: el médico) el trabajo se lleva a cabo con quien consulta. El portador de la demanda es el que se acerca a la institución y pide una entrevista, quien historiza sus síntomas y comparte su malestar, propone incluso explicaciones de por qué le pasa lo que le pasa, en definitiva, habla, habla al terapeuta que ofrece su escucha. Como plantea Alicia Benjamín (Benjamín, Alicia: Psiconet), el modo de conceptualizar la demanda y, a la vez, el modo de escucharla, es crucial en cuanto a los destinos de las admisiones, en cuanto a la posibilidad misma de un tratamiento.

La mayor parte de los servicios de Salud Mental cuentan con una instancia de admisión, desde donde se regula y administra la demanda; y que consiste-con ligeras variantes- en una (o mas ) entrevistas, llevadas a cabo por uno (o mas) profesionales en las que se opera una primer demarcación a través de una breve anamnesis y evaluación clínica, -atendiendo el motivo de consulta, el estado y la situación del paciente, el grado de urgencia, el diagnóstico presuntivo, etc.-tras lo cual se autoriza o indica un tratamiento y se implementa su derivación. Se informa asimismo de las condiciones del mismo (frecuencia, duración, etc.) y se cumplimentan los requerimientos de registro de datos personales junto con la apertura de una historia clínica. (Scavino Ricardo, Psiconet, 2000).

Los profesionales que en un centro de salud realizan la admisión no son necesariamente los que trabajaran con la persona que consulta a lo largo de un tratamiento. Su misión es la de recibir cierta demanda, despejar el foco de urgencia, contextualizar el caso del que se trate y abrir una historia clínica correspondiente.

Tal cual nos cuentan los informantes clave entrevistados la función principal en estos casos es la de ordenar y agrupar las consultas que llegan al lugar, darles una primera orientación. Escuchan, traducen y articulan un llamado de auxilio (demanda social), donde anida determinado padecimiento psíquico en una demanda capaz de ser formulada a la institución. El proceso de admisión, que tal cual se nos informa se lleva a cabo en la totalidad de los casos, tiene que ver con el primer contacto, la forma de recibir a una persona que plantea la necesidad de un tratamiento, que se muestra sufriente de algo que lo mortifica y del accionar profesional sobre esas primeras elucidaciones de la demanda de forma tal que la admisión recorta un espacio determinado.

El interés, el foco de la intervención, estará dirigido hacia la demanda y a la implicación subjetiva subyacente. Como señala Scavino, la primera demanda, digamos así, es la de ser asistido, admitido como paciente (lo que traduce un derecho) y vamos a exigir determinado trabajo, cierta modulación que nos permita desprender la instancia subjetiva. Es decir que a esa demanda le pedimos razones, un mínimo necesario que permite marcar el paso, acaso simplemente indicar en lo que se escucha que hay significativo, es decir otro juego implicado.

Desde hace algunos años, los expertos del campo de la Salud Mental, (Ulloa F., 2002, Galende E., 2003, Bleichmar S., 2007), vienen dando cuenta del impacto subjetivo que han ido produciendo las diferentes transformaciones sociales: caída del Estado de Bienestar, globalización, flexibilización laboral, avance vertiginoso de la tecnología, realidad virtual, modo perverso de ejercicio del poder, etc. Entre las más destacadas formas de impacto subjetivo podemos señalar: Depresión-rabia-retraimiento-vergüenza-pérdida de la autoestima-desplazamiento de la hostilidad para con los vínculos familiares y su posterior destrucción. Como formas mas extremas de este impacto negativo en la subjetividad podemos citar: tendencias al suicidio, comportamientos autodestructores (alcoholismo crónico o drogadicción), conductas homicidas o paranoia clínica. Según Emiliano Galende, (2001) AñoX N.85)- en Reportaje de Mundo Hospitalario- estos impactos provocan un cambio en el tipo de demanda. La depresión, como ya se había señalado, ocupa un lugar central pero también aparecen consultas vinculadas a la violencia y fundamentalmente las relacionadas con las crisis de angustia y de ansiedad".

En nuestro país, la demanda de servicios médicos y asistenciales en general se canaliza básicamente a través de tres vías. La primera la constituye el Estado, que asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales o municipales) y se ocupa fundamentalmente de los sectores de menores recursos. La segunda es la que corresponde a los administradores de fondos para la salud que, como ya se mencionó, incluyen a las obras

sociales, las asociaciones mutuales y las empresas de medicina prepaga. Finalmente, existe otro sector de la comunidad que financia o solventa en forma individual sus gastos de salud, contratando privada e individualmente sus médicos, sanatorios y medicamentos, y abonando los honorarios y gastos correspondientes de su propio patrimonio.

Recapitulando, planteo que **demanda** implica siempre la relación entre un sujeto (que demanda) y otro (al cual está dirigida). Este (otro) lugar puede ser encarnado, tal cual lo es en este caso, por una institución pública como lo es un subcentro de Salud.

Como se va plasmando en este informe, la demanda es un elemento de importancia capital para el trabajo en el área de Salud Mental. Tanto el saber escucharla, como el decodificarla son acciones necesarias para emprender un camino hacia la mejora y el bienestar del que demanda.

Hay casos en donde no hay una demanda clara, y es justamente el profesional el que debe construirla junto al otro. Pero de cualquier manera resulta el punto de partida para cualquier acción terapéutica eficaz.

Según los datos obtenidos en los trabajos de campo preparados para esta investigación, las características de la demanda actual poseen, en su mayoría, como núcleo principal las dificultades en el establecimiento de vínculos, los sentimientos de frustración y vacío son algunos de los comunes denominadores clínicos de la época actual. De la histeria, como entidad psicopatológica dominante a principios de siglo XX, se ha pasado a los llamados trastornos de ansiedad que incluyen, por ejemplo, el denominado ataque de pánico. Las fobias son otro cuadro que se presenta con mayor

relevancia en los centros estudiados. Por otra parte hay una fuerte incidencia de cuadros clínicos que se denominan de borde, como por ejemplo, los casos borderline, las adicciones y la bulimia y anorexia.

Podemos plantear que las distintas formas de patología mental encuentran su justificación en la cuestión del ser y que por esta razón los condicionantes histórico-culturales influyen en la producción de subjetividad.

La demanda, en el ámbito de la salud, y como criterio de asignación de recursos, representa la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios de salud y satisfacer así su utilidad individual a través del sistema de mercado. En general se admite que la demanda depende de: el precio del bien y/o servicio; el precio de otros bienes complementarios o sustitutivos; la renta; y los gustos o hábitos de los individuos. En lo que respecta a su nominación, entendemos que el concepto de demanda debería ser concebido como un componente de lo que es el problema de la salud mental como un todo más complejo que la incluye; en realidad, el problema de la salud mental contiene tanto las necesidades de la población como la demanda que ella logra canalizar (Mas y Mazzetti, 2007).

A efectos de esta investigación, concluiré este tramo del informe presentando una definición concreta y acotada del concepto de demanda, desde el punto de vista de la Auditoria en Salud (Dr. Jaime Otero M. –Dr. Jaime Otero I., 2002) y algunas variantes de la misma.

***Demanda de salud:*** Conducta que una persona adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la Oferta existente.

***Demanda inducida:*** Aquella requerida por la población, derivada por el prestigio de los profesionales, el avance de la ciencia o por acciones promocionales de la salud.

***Demanda insatisfecha:*** Personas que demandan atención, la cual no es atendida.

***Demanda observada o efectiva:*** Nivel de uso de los servicios.

***Demanda potencial o esperada:*** Necesidad de atención manifiesta, captada mediante Encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en Demanda.

***Demanda real:*** Demanda de servicios que efectúa una población. Puede ser Manifiesta o No Manifiesta, según soliciten o no, atención profesional.

***Demanda satisfecha:*** Solicitud de atención de las personas enfermas.

El aumento (mayor cantidad de gente que acude al servicio) en el tipo y complejidad de la demanda (vinculadas al conflicto social y al abandono Estatal), constatado en las entrevistas y en los resultados de los test administrados que figuran el punto IV, sumado a políticas sanitarias poco claras e ineficientes, condiciona la capacidad de respuesta de los centros y posee efectos negativos en las condiciones de trabajo de los profesionales involucrados.

## CAPITULO III

### METODOLOGIA



### 3. Metodología

Tal como se detalló en la introducción, para la realización de este trabajo se implementaron técnicas cuantitativas y cualitativas.

La observación densa permitió registrar los aspectos edilicios, el clima organizacional, el modo de funcionamiento de los centros, las prácticas cotidianas y cuestiones referidas al entramado relacional entre las personas que acuden al centro y el personal y de éstos entre sí. Los resultados más relevantes de las mismas son volcados en el punto 4 (análisis e interpretación de los resultados).

Entre el primer y segundo mes de trabajo se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas a informantes clave de cada centro, y a la directora del departamento de Salud Mental, Lic. Susana Rodríguez. Para ello se confeccionó un protocolo de interpelación organizado en ejes en concordancia con los objetivos del proyecto. Las respuestas recabadas se encuentran contenidas en el punto 4 del informe. También se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas construido por el grupo SOVIUC dirigido por la MG. Maria Inés Pacenza que permitió conocer las CYMAT (Condiciones y medio ambiente de trabajo) de los trabajadores de salud de las instituciones bajo estudio. Este cuestionario fue aplicado a los 8 profesionales de los centros.

La información fue obtenida en base a tres fuentes: en primer lugar los apuntes de campo obtenidos en las sucesivas visitas; en segundo lugar mediante entrevistas, en algunos casos en profundidad, y en otros con cuestionarios semi – estructurados. Otra fuente de información consistió en

el análisis de estadísticas (fuentes secundarias) provenientes del Área de Epidemiología y estadística de Salud mental de la Municipalidad de General Pueyrredon. Por último se aplicó un cuestionario a todos los integrantes de los centros. De esta manera para la recolección de la información se realizó una combinación de metodología cualitativa y cuantitativa que permitió obtener una mirada compleja desde diferentes perspectivas.

Con respecto a la selección de las unidades de análisis no se construyó una muestra estadística sino que se trabajó con la totalidad de profesionales de salud mental de los dos centros mencionados: 8 profesionales en total: una terapeuta ocupacional, 2 fonoaudiólogas, y 4 psicólogos. El 75% del universo está compuesto por mujeres, mientras que el 25% restante por sujetos del sexo masculino.

### 3.2.1 Tabla N° 1 Distribución de los encuestados según profesión

Profesión	Fr.	%
Psicólogos	6	75
Terapistas Oc.	1	12,5
Fonoaudiologos	1	12,5
Total	8	100

### 3.2.2 Tabla N° 2 Distribución según edades

Rangos de edades	Fr.	%
21-31	0	0
32-42	5	62,5
43-53	2	25
54-64	1	12,5
Total	8	100

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION, INTERPRETACION Y ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS**

#### **4.1 Subcentros**

##### *Un largo camino... (Alto Camet)*

El punto de partida de este recorrido comienza en el Centro Jara (Avenida Jara al 1661). Allí me fue entregada la lista que contiene las direcciones y teléfonos de las instituciones estudiadas. Como primer punto quisiera destacar un hecho que me parece de suma relevancia. Esta planilla confeccionada por la Municipalidad, posee un error en cuanto a la ubicación del subcentro Alto Camet. Este descuido, junto a otros, me dificultó la llegada al mismo, ya que tuve que rodear varias veces el barrio hasta poder dar con la dirección exacta del lugar. Para tal fin tuve que hablar con comerciantes, policías, cuidadores de la zona y hasta un trabajador del parque Camet. Esta falta de señalización me parece algo grave ya que debería estar correctamente identificado en caso que la gente necesite llegar de manera rápida en una emergencia.

La calle en donde está asentado el centro, Cura Brochero, como así también las que rodean la zona, es de tierra, razón por la cual en días de lluvia, el lugar se hace verdaderamente intransitable. Se observan en los alrededores grandes extensiones de tierras, con algunas casillas abandonadas y la presencia de animales sueltos. Es llamativo el hecho que la institución esté ubicada en un punto tan alejado de lo que es el barrio Camet ya que se sitúa por detrás del mismo, donde terminan prácticamente las calles y donde la ciudad se confunde con el campo abierto.

El centro es una casa, color blanco, que por fuera posee un buen estado edilicio. En la puerta de entrada, abierta de par en par, se observa la

presencia de perros que merodean la zona y que ingresan al interior. Los pastizales que crecen en las inmediaciones del lugar están bastantes crecidos lo que sugiere un abandono en el cuidado del terreno.

Una vez dentro, un pequeño pasillo desemboca a una sala de espera general. Allí, hay una pequeña recepción en la cual por momentos una persona que se desempeña como secretaria, atiende el teléfono o a la gente que se acerca a consultar o a pedir turno. Sobre el costado derecho hay dos consultorios, y sobre el izquierdo una puerta que da a un pequeño recinto, nos conduce al lugar que es usado por el equipo de Salud Mental como consultorio.

Sobre el fondo de la construcción, y a lo largo del pasillo principal hay mas consultorios que son utilizados por el personal médico del lugar. Una serie de ventanales aportan abundante luz natural durante el día, a través de ellos se observa un patio que es utilizado en ocasiones por las psicólogas para realizar alguna actividad grupal con niños. Tanto las ventanas como las puertas del lugar se hallan protegidas por rejas ya que en el pasado se registraron robos reiterados.

El microclima del lugar es agradable, la higiene del mismo es buena y los afiches que se encuentran colgados en las paredes que hacen alusión a campañas de prevención se encuentran en buen estado. El trato entre los profesionales que se cruzan en la sala de espera es cordial y amistoso. Los espacios son respetados y se observan pautas de cortesía entre los mismos, como por ejemplo golpear la puerta de un consultorio y esperar cuando se quiere hablar con el profesional que esta atendiendo. Se observa de manera

reiterada el buen trato de los profesionales para con los pacientes que se encuentran en la sala de espera ya que, cuando tienen la oportunidad se detienen a intercambiar palabras con ellos y a hacer alguna broma. También es evidente la relación estrecha que se genera tras las reiteradas visitas ya que muchos de los trabajadores llaman por el nombre de pila o sobrenombre a la gente que se encuentra esperando su turno.

Las características sociales de la gente que acude es homogénea, sus vestimentas en muchos casos están rotas, denotan poco cuidado y en algunos casos falta de higiene. Se observa también la presencia de niños descalzos en el lugar y que pertenecen al barrio en donde se encuentra el subcentro. Los mismos se encuentran sin un adulto que los acompañe y se quedan acostados o sentados en la puerta de entrada, lo que en algunas ocasiones dificulta el paso.

### *Jorge Newbery*

La llegada al centro Jorge Newbery fue mas fácil que en el caso anterior. El sitio se encuentra ubicado a mitad de cuadra, sobre la calle Bolívar que a esta altura no posee pavimento. Desde una esquina se puede observar el movimiento, debido la gran cantidad de gente que acude al mismo. A unos metros de la entrada hay un quiosco que vende productos varios a la gente que entre o sale del centro de salud.

Al entrar y sobre la izquierda, encontramos una ventanilla en donde una secretaria general informa y orienta a la gente. La misma me fue de gran utilidad cuando acudí las primeras veces en busca del contacto con los



profesionales. En todas las ocasiones se mostró cordial y atenta pese a la cantidad de gente que debía atender. Próxima a esta ventanilla la gente se amontona en los primeros bancos, razón por la cual se genera un congestionamiento de personas que dificultan el libre acceso al centro.

En planta baja, una serie de consultorios se extienden hasta el fondo de la propiedad, y es en ellos donde se desarrollan las especialidades médicas.

En el primer piso, encontramos el área de Salud Mental. El mismo está compuesto por una pequeña sala de espera y tres consultorios. Allí hay dos bancos de madera para la gente que debe esperar su turno correspondiente. El estado de esta sala de espera es regular ya que las paredes se hallan escritas y los bancos presentan signos de erosión.

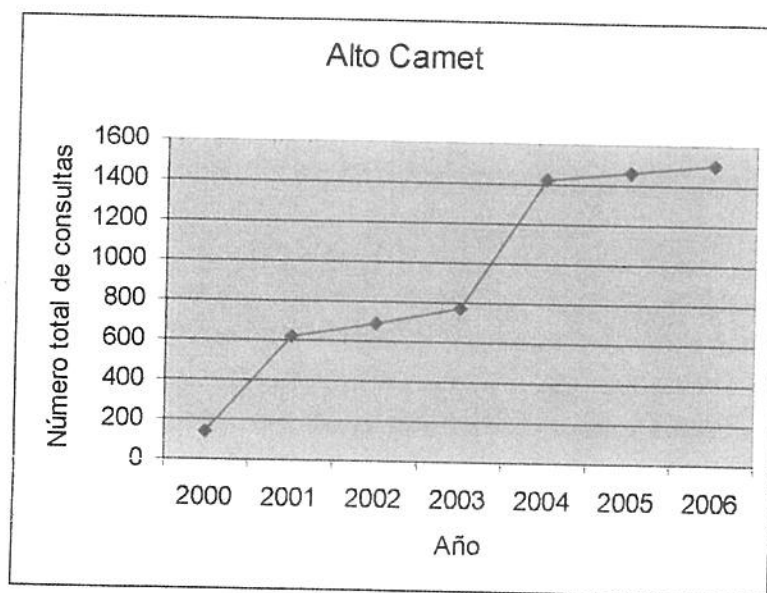
El estado general del edificio también es regular. Se observan algunos elementos rotos, por Ej.: sillas, puertas, bombillas de luz, armarios. Las paredes están en su mayoría escritas con graffitis de gente que espera a ser atendida y algunos de los carteles de propaganda están rotos.

Debido a una serie de robos que hubo, las ventanas del lugar están protegidas por rejas, como así también los armarios y placares que son cerrados con candados. El lugar cuenta con un sistema de seguridad de alarma con sensores de movimiento infrarrojos. En planta baja hay dos matafuegos correctamente señalizados.

#### 4.2 Demanda: Aumento y complejidad

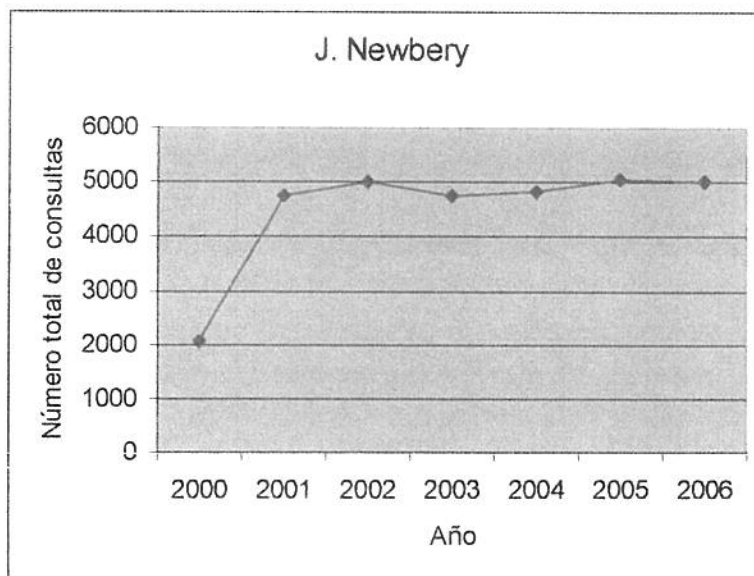
A partir del año 2001 la demanda que recibían estos dos subcentros se vio incrementada de manera significativa, tanto en el volumen como así también en su complejidad. Dos hechos fundamentales que tuvieron incidencia en esto son: la crisis socio-económica del mencionado año y el hecho de que el Hospital Interzonal de Agudos dejó de atender pacientes crónicos en el año 2002, lo que provocó un traspaso a los subcentros de una gran cantidad de gente. Esta incidencia de los factores sociales en la complejización y aumento de la demanda concuerda con lo planteado por Mas y Mazzetti, (2007) expuesto en el marco teórico.

Con respecto al aumento de la cantidad de consultantes, el 100% de los encuestados respondió afirmativamente, mientras que en relación al aumento de la complejidad el 87,5% se mostró en acuerdo. (Ver cuadros 1 y 2 en anexo)



Como podemos ver en este diagrama, el año 2001 presenta un aumento muy pronunciado en el número de demandantes, que pasan de 139 a 618. La causa atribuible a este fenómeno es la crisis-socioeconómica de dicho período señalado en el marco teórico. A partir de allí el aumento continúa a un ritmo menos acentuado y vuelve a experimentar otro salto importante entre los años 2003 y 2004, momento en el que el Hospital Interzonal comienza a atender solamente pacientes agudos provocando un traslado de un gran número de pacientes crónicos a los subcentros.

Del año 2005 en adelante, al aumento se vuelve a hacer más sensible pero continúa a un ritmo seguro y en base a que conforma un modelo de "regresión lineal" (ver tablas en el anexo) se espera que para los próximos años (2007, 2008, 2009) la demanda continúe creciendo a este ritmo.



En este otro diagrama, perteneciente al subcentro Jorge Newbery, podemos observar algunas similitudes y diferencias con el anterior. El período 2000/2001 presenta un aumento muy importante en la demanda (de

2065 a 4748, que representa un aumento de más del 100%), al igual que el diagrama del otro centro, y que es atribuible a la misma causa allí señalada. A partir de ese momento, la demanda aumenta de manera muy sensible y experimenta una pequeña disminución en el año 2003. Luego del año 2004, la demanda comienza a aumentar nuevamente hasta el año 2006. Si bien este último año presenta una pequeña disminución, no se puede tomar como significativa ya que el número es poco representativo del total. (9 casos) Al no conformar un modelo de regresión lineal no se puede establecer de manera certera que la demanda vaya a continuar creciendo pero sí que tanto en este caso como en el anterior el aumento que se dio en el periodo 2000/2001 fue muy grande. (Para ver estos valores representados en un gráfico de barras, se puede consultar en el anexo)

#### **4.3 Capacidad de Respuesta**

La capacidad de respuesta a la demanda en los dos subcentros es buena, aunque, como se señala en las entrevistas, podría ser mejor por las capacidades profesionales que hay.

El centro está saturado de personas que consultan por día y muchas veces se dan más turnos de los que se pueden atender, para evitar esto se requeriría la presencia de más profesionales que puedan dar atención efectiva a las consultas que se presentan a diario. La mayor parte de los profesionales (87,5%) evalúa la capacidad de respuesta de la institución como buena, mientras que el 12,5% restante indica que es muy buena. (Ver cuadro 30 en anexo). Ninguno de los encuestados opina que la capacidad

de la institución sea mala o deficiente, sino que por el contrario existe una conformidad unánime a la hora del resultado positivo.

Según nos relatan los informantes clave de los centros, desde que una persona demanda un primer encuentro hasta que éste se efectivice, pueden pasar entre 15 y 22 días, sin embargo los casos que se presentan como apremiantes o de urgencia son atendidos lo antes posible por los profesionales del centro que en muchas ocasiones dan sobre turnos fuera de su horario de trabajo.

El tiempo promedio dedicado a cada persona por tratamiento es de 5 a 8 meses aunque no se acuerda un contrato demasiado estricto al principio. Si bien con algunos consultantes se debería trabajar más tiempo del señalado esto no es posible debido a la gran cantidad de demanda.

Tanto en un subcentro como en otro, los lugares destinados a Salud Mental son muy pequeños. En uno de los subcentros, Alto Camet, sólo pueden entrar un máximo de tres personas al consultorio lo cual impide, entre otras cosas, hacer una sesión de terapia grupal.

En el otro subcentro, el consultorio es un poco más amplio pero igualmente no resulta muy satisfactorio para la prestación del servicio.

Recapitulando lo planteado anteriormente, podemos afirmar que la respuesta a la demanda en los dos subcentros estudiados es buena, aunque, podría ser mejor ya que las competencias profesionales son muy buenas. Para que esto fuera posible se necesitaría el apoyo comprometido por parte del Estado que se refleje en: presupuestos acordados, insumos necesarios, incorporación de nuevos profesionales, etc. De ser así se podría

dar respuesta de manera más eficiente y rápida a la gente que consulta al mismo tiempo que la calidad del servicio se vería profundamente mejorada. Tal como expresa Emiliano Galende (op.cit) con la retirada del Estado del ámbito de lo público el sistema de Salud en general, y Salud Mental en particular, se ha visto profundamente afectado, lo que deja en evidencia la estrecha relación existente entre la capacidad de respuesta del centro y el rol del Estado.

#### **4.4 Percepción de las CYMAT**

Los resultados del estudio de las CYMAT en ambos subcentros indican que las mismas no son buenas. Actualmente se está requiriendo mucho esfuerzo al profesional y desempeño económico de su parte. Esto último significa un desgaste adicional ya que se deben pensar estrategias alternativas cuando no se pueden efectivizar las actividades como se deberían. La búsqueda de espacios físicos alternativos puede volverse muy trabajosa ya que, por la ubicación de los centros, es muy difícil encontrar otro lugar por la zona que se preste para estos fines.

La buena voluntad y el trabajo duro de los profesionales para mejorar en lo que puedan la calidad de la atención y las condiciones del lugar en general son los grandes pilares sobre los cuales se sostiene la vida de los subcentros.

El presupuesto destinado por parte del municipio es prácticamente inexistente, razón por la cual muchos materiales necesarios para el trabajo son costeados por los profesionales. La desatención por parte de las

autoridades es tan grande que luego de haber trabajado mucho tiempo sin calefacción, luego de largos y reiterados reclamos se logró que la municipalidad pusiera un calefactor pero nunca se instaló. El abandono por parte del Estado es evidente y tal cual se plasmara en el marco teórico, entre otros autores como H. Notcheff, la retirada y descentralización del Estado en la década de los 90 influyen de manera negativa en la dinámica de funcionamiento de estos lugares.

La sala que se destina a la atención psicológica en el subcentro Jorge Newbery fue pintada y acondicionada por dos de las psicólogas, y los materiales para que ello fuera posible fueron comprados por ellas. Además de dinero propio, el equipo de Salud mental aporta objetos propios para poder atender, como por ejemplo juguetes para el trabajo con niños que son de sus propios hijos.

Con respecto a las CYMAT relacionadas con las condiciones humanas del entorno, los profesionales se hallan en conformidad y plantean el buen rapport con sus colegas. El clima y ambiente laboral ha sido descrito como muy bueno como así también la naturaleza de las relaciones entre los profesionales en sus labores cotidianas. El 75% revela que el clima de trabajo es muy agradable y un 25% señala que es apropiado para la realización de las tareas. (Cuadro 18 en anexo), la cooperación es muy buena para el 75%, buena para un 12,5% y regular para el otro 12,5% restante. (Cuadro 19 en anexo). Con respecto al trabajo en equipo, la gran mayoría (87,5%) señala que se actúa como equipo permanentemente, mientras el 12,5 %señala que solo es ocasionalmente. (Cuadro 20) La

predisposición de los colegas es muy buena para la mitad, mientras que la otra la califica de buena. (Cuadro 21). El respaldo entre compañeros ante una situación conflictiva es frecuente, sin embargo el respaldo de los superiores frente a una situación de conflicto sólo se da de manera esporádica.

A partir de estos datos podemos inferir que el trato y la interacción con los compañeros de trabajo son muy buenos ya que el apoyo mutuo en el trabajo existe siempre.

De manera frecuente los profesionales obtienen satisfacción personal de la profesión ejercida y a su vez esto influye con la motivación encontrada en el trabajo diario. La consecución de metas valiosas en el ámbito laboral, descrita como frecuentemente, es otro elemento fundamental para reforzar estos sentimientos de realización laboral. En relación a las CYMAT vinculadas al aumento de la demanda podemos indicar que muchos de los profesionales reportan estar trabajando demasiado y en algunos casos al límite de sus posibilidades.

Algunos de los datos que reflejan las CYMAT desde el punto de vista físico son: Iluminación (natural y artificial), ventilación, calefacción, ruidos existentes, mal estado de las instalaciones, distribución de elementos y espacios. En todos los casos los resultados obtenidos son regulares o malos. La mayoría de los profesionales reporta que las condiciones del entorno no ayudan en su trabajo sino que muchas veces lo dificulta. Para mayor detalle de cada uno de estos ítems se sugiere consultar el anexo, (Cuadros 3 al 17)

#### 4.5 Condiciones sociodemográficas de la población

La situación de la gente que consulta en ambos lugares es de bajos recursos, esto se puede observar en las vestimentas que portan, la poca higiene y aseo personal, la falta de transporte que se traduce en tener que viajar a pie o colectivo. Otro hecho que indica el nivel de bajos recursos de la gente que consulta es que muchas personas que concurren allí no van en ocasiones para pedir ayuda psicológica o médica sino para pedir alimentos, como por ejemplo la leche que se entrega los días viernes por la mañana. Se observa muchas mujeres jóvenes embarazadas, cuyas edades oscilan entre los 15 y 18 años, o con bebés recién nacidos que solicitan consulta.

La mayor parte de la gente que acude al centro llega: por demanda espontánea, por la derivación de algún médico clínico, y/o por una derivación escolar. Muchos llegan a través del consejo de algún amigo, pareja o persona del barrio que ha tenido algún contacto con el centro.

La condición de una gran parte de la gente que consulta se debe a la crisis socio-económica del año 2001. Muchos de los que habían iniciado tratamiento con profesionales en consultorios privados ahora optan por la atención gratuita del centro. Esto aumenta la densidad de la demanda y a su vez la complejiza porque le da un espectro mas amplio de variedad.

Al analizar detenidamente la situación de la gente que consulta a los centros vemos que las mismas pertenecen a grupos de alta vulnerabilidad social y hasta incluso de exclusión social. Según Minujin (A. Minujin, 1998) la exclusión social va más allá de los aspectos económicos y sociales de la pobreza e incluye los aspectos políticos tales como derechos políticos y

ciudadanía que remarcan la relación entre el individuo y el Estado, así como entre la sociedad y los individuos. Por otro lado la vulnerabilidad social permite reflejar una amplia gama de situaciones intermedias, o sea de exclusión de algunos aspectos o esferas, e inclusión en otras. Estos dos conceptos son adecuados para describir la realidad social de la gente que acude a las salas. Hecho que se refleja en la precariedad con la que viven, ropas que con las que visten, faltas de alimentos, higiene, etc., razón por la cual el centro cumple también funciones de contención social, haciendo entregas de alimentos o generando espacios de trabajo para jóvenes desempleados.

Esta situación sin duda influye en las características de la demanda ya que la población con la que se trabaja es mucho más numerosa que en otras épocas, resultado de las políticas de los años 90 que generaron una masa de gente excluida del sistema laboral y de protección social. También esto influye en el tipo de demanda ya que los motivos de consulta están orientados a sufrimientos que tienen como eje principal la dimensión social, tales como: problemas vinculares, adicciones, depresión, lo cual refuerza una vez mas lo expuesto en el marco teórico por Hugo Nochteff, cuando se refiere al impacto sobre el tejido social como consecuencia de la implementación de políticas neoliberales en la década de los 90.

#### **4.6 Motivos de consulta más frecuentes y estrategias institucionales utilizadas para dar respuesta a la demanda**



Los motivos mas frecuentes de consulta (en adultos) de ambos subcentros son: trastornos de ansiedad (angustia y ataques de pánico), depresión, conflictos vinculares, trastornos de alimentación, adicciones y psicosis en menor cantidad.

En niños los motivos más frecuentes de visita son: problemas de conducta, problemas de aprendizaje, enuresis, retrasos madurativos en niños y niñas.

Los criterios de admisión quedan a cargo de profesional, pero siempre se toma a la totalidad de los casos aunque después se tengan que derivar, de manera que no se deja gente sin atención. Estratégicamente se actúa ingresando la persona al sistema y dándole un primer espacio de escucha (pre-admisión) que ya constituye una entrevista operativa, en donde además de ordenar y esclarecer la demanda se realizan ciertas intervenciones puntuales para remover defensas y dejar a la persona operando, teniendo en cuenta que la próxima vez que reciba atención puede llegar a ser en un plazo de 25 días. Luego, se consulta y se decide con el grupo profesional si se necesita la mirada y el saber de otra disciplina.

El tiempo de duración de los tratamientos no se pacta de antemano. Se trata de evitar que los pacientes permanezcan dentro del sistema más de lo necesario. Como se señaló anteriormente la primera entrevista es de preadmisión y se toman tres con el objetivo de ordenar la demanda. Aproximadamente los turnos se dan con un retraso de un mes, excepto que se trate de una urgencia.

Una vez hecho el ingreso se inicia el tratamiento con el paciente que por momentos puede ser de frecuencia quincenal, dependiendo de la disponibilidad de los turnos.

Las estrategias utilizadas, y descritas ut supra, se hallan muy condicionadas con las posibilidades que se tienen dentro de la institución. No se puede realizar siempre lo más conveniente en cada caso sino lo mejor dentro de la realidad que se vive, razón por la cual las políticas sanitarias que deberían regir (Prevención primaria) no se implementan adecuadamente.

#### **4.7 Comparación del funcionamiento de ambos centros**

Comparando el funcionamiento de los subcentros podemos decir que es muy similar en algunos aspectos. Tanto las estrategias institucionales, como las intervenciones y los criterios de admisión son iguales.

Con respecto a las políticas sanitarias podemos decir que: existe una clara distancia entre los lineamientos planteados en el Plan de Salud mental y la realidad cotidiana de los centros. Esto se debe a que los mismos no funcionan como deberían (como centros de atención primaria). Si bien las políticas existen, podemos afirmar que lo que falla es su implementación, por lo que la política que realmente guía a estos centros es la de "hacer lo que se pueda para ayudar a la gente" aun cuando esto se halle en oposición con los objetivos pensados y delineados para este tipo de servicios.

Con respecto a la disgregación del saber (planteada por Alicia Stolkiner (1967; 40) podemos decir que si bien los profesionales reportan un

buen trabajo interdisciplinario, tanto en las entrevistas como en el cuestionario, aún no se ha logrado una articulación total de las disciplinas que se desarrollan allí, razón por la cual en muchos casos cada profesional atiende y se encarga de lo que le toca de acuerdo a su saber. Esto mantiene la vieja dicotomía cuerpo-mente del paradigma lógico-positivista de siglo XIX lo cual constituye un obstáculo en la superación de las prácticas profesionales.

#### **4.8 Conclusión final**

Luego de haber realizado una extensa búsqueda bibliográfica y de haber llevado a cabo varios trabajos de campo, compuestos por observaciones, entrevistas, administración de cuestionarios, planteo como finalización de este informe una serie de conclusiones a las cuales he arribado como resultado de todo este recorrido.

La situación inicial descrita en el marco teórico de esta investigación se muestra ampliamente en concordancia con los hechos registrados empíricamente. La compleja realidad política y socio-económica del país de la década pasada ha dejado huellas imborrables que aún hoy en día tienen consecuencias negativas. Como se planteó oportunamente, la desregulación estatal y la aplicación de políticas neoliberales, fundamentalmente, han provocado una fisura muy grande en el tejido social y un abandono severo a las instituciones públicas. Esto se puede corroborar con los datos obtenidos de las entrevistas pero también con la información recogida por los instrumentos aplicados.

Este abandono por parte del Estado para con las instituciones públicas se traduce, entre otras cosas, en profesionales que realizan tareas que exceden sus cargos como por ejemplo: tareas de limpieza, mantenimiento en general del lugar, reposición de materiales e insumos necesarios para el trabajo, etc.

El otro costado del abandono es la falta de presupuesto económico, lo que conlleva a que el servicio que se brinde no sea el óptimo ni el mejor que se podría dar. La falta de personal capacitado provoca, entre otras cosas, que una parte de la población que necesita ayuda quede sin atención, por fuera del sistema. Muchas veces, como lo atestiguan las entrevistas llevadas a cabo, el funcionamiento de las instituciones de salud públicas se mantiene a flote gracias al esfuerzo de los profesionales.

Con respecto a la hipótesis de trabajo ("La capacidad de respuesta a la demanda de los subcentros estudiados, se halla condicionada por la actual política sanitaria en salud mental y por el aumento en afectados frente al aumento en el tipo y complejidad de las demandas en salud mental." ) podemos inferir que si bien las políticas están dadas (plan federal de salud, políticas de atención primaria) éstas no se llevan a cabo por la situación general de deterioro económico que se vive y por el gran volumen de demanda que se recibe, producto a su vez de la saturación del sistema público de salud. Estos factores condicionan la capacidad de respuesta a la demanda ya que al estar obligados a recibir a toda persona que se presente a buscar ayuda, las listas de espera se hacen cada vez más largas y es común que una persona tenga que esperar más de un mes para poder ser

atendida. Otro factor que condiciona la respuesta a la demanda es la falta de personal profesional y la situación crítica o inexistente en las cuales se hallan los instrumentos necesarios para el trabajo, situación que a su vez deteriora las condiciones laborales de los trabajadores.

El aumento en afectados frente al aumento en el tipo y complejidad de las demandas en salud mental es un dato que se confirma no solo en las entrevistas sino en los cuestionarios administrados, por lo tanto existe una concordancia con lo planteado en el marco teórico.

Concluyendo con el punto de la capacidad de respuesta, si bien podemos afirmar que es buena de acuerdo a los datos obtenidos, cabe agregar que con la correcta implementación de las políticas existentes y con un mayor presupuesto y compromiso estatal podría llegar a ser mejor. De ser así se estaría influyendo positivamente en las condiciones de trabajo, ya que como se mostró en el punto 4 muchas de las condiciones en las que se desempeñan los profesionales, tanto físicas como edilicias, son regulares o malas.

Investigar sobre la capacidad de respuesta a la demanda de las instituciones públicas en salud mental me parece algo muy importante ya que es un elemento que ayudar a construir un panorama general del estado de la Salud Pública en nuestro país. Como estudiante de la Facultad de Psicología, una carrera que ante todo se destaca por el servicio y el compromiso puesto en ayudar a la comunidad, creo que es fundamental que en el ámbito académico de las Universidades se dedique tiempo y esfuerzo a conocer y abordar una realidad tan compleja como la es la de la Salud

Pública. A partir de la elaboración de trabajos de investigación y publicación de papers se puede presentar una mirada sólida sobre este tema a la vez que denunciar y poner en evidencia serias fallas que el sistema no ve o no permite que salgan a la luz.

Como parte nodal de esta conclusión, y gracias a la información recavada oportunamente, arribo a la idea de que a lo largo de las dos últimas décadas, gran parte del funcionamiento de los servicios de salud mental y concomitante con ello, la capacidad de respuesta a la demanda, sólo se ha podido sostener gracias a la dedicación y sacrificio de los profesionales del área. Sin embargo, este esfuerzo no es reconocido ni públicamente ni indirectamente a través, por ejemplo, de jerarquizarlos adecuadamente, otorgarles un salario acorde o favorecerles condiciones dignas y propicias para su trabajo, lo que de ser así resultaría seguramente en un servicio mas completo y eficaz y con una capacidad de respuesta a la demanda mucho mejor, como lo atestiguaron todos los profesionales encuestados.

La situación actual en salud mental, casi colapsada podríamos decir, esta determinada por el aumento en la cantidad y complejidad de la demanda por parte de la población y por la falta de condiciones básicas para poder darles respuesta (falta de insumos, equipos, mantenimiento, infraestructura)

Un hecho determinante de esta problemática, y que quiero dejar sentado como conclusión de este trabajo es la crisis del año 2001, momento a partir del cual se produce el aumento significativo de la demanda de

atención pública debido a que por los efectos negativos económicos grandes sectores de la población se vieron desprotegidos por sus sistemas privados de obra social y otra porción no pudo continuar abonando su prepaga. Todo esto confluye en un aumento considerable en el número de personas que el sistema público tuvo que absorber en un periodo de tiempo muy corto.

## BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Rojas, Carlos Antonio: "América Latina hoy, una visión desde la larga duración", en *Revista Theomai* N° 6, 2002, Buenos Aires. (Versión electrónica: <http://www.unq.edu.ar/revista-theomai/numero6>)
- Alvarez, Adriana; Reynoso, Daniel. "Médicos e instituciones de salud: Mar del Plata 1870-1960". Libro. Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. 163p...
- Arias, Claudia Josefina. Tesista; Golpe, Laura Irene. Dir. Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. T. Mar del Plata: 2001. 250p.
- Benjamín Alicia, "Admitir la demanda" El Psicoanalista y la practica hospitalaria en Programa de Seminarios por Internet de Psicomundo, [www.psicomundo.com](http://www.psicomundo.com)
- Borrell Bentz, Rosa María. Comp. Municipios saludables. Portafolio educativo. Libro. Buenos Aires: O.P.S. Organización Panamericana de la Salud, 2005. 320p.
- Cascardo Natalia, Longo Diego, Videla María. Salud mental y trabajo "Estudio exploratorio del síndrome de burn-out en hospital publico" Tesis, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, 2005.
- Fermín Más y Silvina Mazzetti (2007) "Los avatares del trabajo profesional en salud mental. Manifestaciones y tendencias en el campo de la psicología marplatense". Ponencia ALAST 2007
- Filippi Graciela. "La influencia de la Física Cuántica sobre la psicología del trabajo", 1996, material de la cátedra Psicología del trabajo, UBA.

- Galende Emiliano "De un horizonte incierto" Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual, 1994, Ed. Paidós.
- Gallano Carmen, "¿Qué se esconde en las delicias de la depresión?", en La depresión y el reverso de la psiquiatría, Buenos Aires, Paidós, 1995
- Gallina, Patricia. Tesista; Perez Massa, Florencia. Tesista; Soave, Silvana. Tesista; Cacciari, Analía. Dir. Estudio de los efectos de la institucionalización de enfermos mentales en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. D. Taraborelli (Necochea). T-pg. Mar del Plata: 2002. 101p.
- Grufi, Paola Guadalupe. Tesista; Orlando, Andrea Fabiana. Tesista; Rubinovich, Viviana. Dir. Caracterización de la demanda en la urgencia. T-pg. Mar del Plata: 2004. 50p.
- Klappenbach, H. (2003): "La Globalización y la Enseñanza de la Psicología en Argentina". Revista Psicología en Estudio, v.8, nº 2, p. 3-18. Maringá, Brasil.
- Malvarez, S. (1996) "Salud mental y fin de siglo", Material de la Cátedra de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Marín, L. (2006). "Otra Psicología es posible". Revista Electrónica de Psicología Política. Año 4 Nº 10. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Minujín, Alberto: (1998) "Vulnerabilidad y exclusión en América Latina". En: "Todos Entren, Propuesta para Sociedades Incluyentes". Eduardo Bustelo y Alberto Minujín (editores), Colombia, UNICEF/Santillana.
- Morin Edgard. (1974) "El hombre y la muerte", Barcelona, ed. Kairós



- Nochteff Hugo (1998) Selección publicada por la Revista CEPAL del trabajo "La experiencia argentina ¿desarrollo o sucesión de burbujas?", Bs As.
- Otero Jaime M; Otero Jaime I en Glosario de Auditoria en Salud. [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com)
- Pacenza, M. y Cordero, S. (2003) "Universidad y Sociedad". Trayectorias laborales de los psicólogos egresados de la UNMDP. Ediciones Suárez: Mar del Plata.
- Parisi R., Flores J., Banci C. (2006) ,"Bienestar psicológico comunitario" en Revista electrónica de Psicología Política, año 4, nº12.
- Scavino Ricardo, "La admisión en tanto operación" El Psicoanalista y la practica hospitalaria en Programa de Seminarios por Internet de Psicomundo, [www.psicomundo.com](http://www.psicomundo.com)
- Svampa, M. (2005). "La Sociedad Excluyente". La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Ed Taurus. Bs. As.
- Stolkiner, Alicia (1967). "Practicas en Salud Mental". Ponencia presentada durante el 4º Congreso Latinoamericano y 5º Mundial de Medicina Social, Quirama, agosto de 1967.
- Ugalde Antonio, Jackson Jeffrey, "Las políticas de Salud del Banco Mundial: una revisión crítica" en Cuadernos Medico Sociales Nº 73, mayo 1998, Rosario Argentina, Centro de estudios sanitarios y sociales.

## ANEXOS

### *Entrevista semi.-estructurada*

- 1\_ Política en Salud Mental
- 2\_ Como se compone el equipo de Salud Mental
- 3\_ Cantidad de gente por día
- 4\_ Cual es la situación de la gente que consulta
- 5\_ Motivo más frecuente
- 6\_ Como llegan?
- 7\_ Existe un seguimiento? Como se controla?
- 8\_ Abandonos?
- 9\_ Cual es la modalidad de trabajo (ind/grupal)
- 10\_ Cuantas sesiones se dedican a cada persona
- 11\_ Como es la primera entrevista
- 12\_ Criterios de admisión y Estrategias
- 14\_ Cuanto dura una sesión
- 15\_ Presupuesto
- 16\_ Insumos/materiales necesarios
- 17\_ Condiciones de trabajo
- 18\_ Trabajo interdisciplinario
- 19\_ Capacidad de respuesta a la demanda



*Indicadores de la escala del cuestionario SOVIUC*

1\_ Me siento muy activo y enérgico en mi trabajo

2\_ Creo que he alcanzado metas valiosas en mi trabajo

3\_ Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo

4\_ Me agrada el ambiente y el clima de mi trabajo

5\_ Creo que estoy trabajando demasiado

6\_ Los compañeros nos apoyamos mutuamente en el trabajo

7\_ Obtengo satisfacción personal de mi profesión

8\_ Siento que puedo crear con facilidad un clima laboral agradable en mi trabajo.

9\_ Me siento motivado por el trabajo diario

10\_ Pienso que la tarea que hago sería mucho más eficaz si hubiera mas apoyo institucional

**Valores posibles:** nunca; raramente; algunas veces; frecuentemente; siempre.

## CUESTIONARIO SOVIUC (Resultados)

Aumento en el tipo y complejidad de la demanda

Complejidad de las patologías (cuadro 1)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Creciente	7	87,5	87,5	87,5
No podría precisar	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Cantidad de demanda (cuadro 2)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Creciente	8	100,0	100,0	100,0

### 4.1.3 Condiciones y medio ambiente de trabajo

#### 4.1.3.1 Condiciones físicas del entorno

Temperatura en invierno (cuadro 3)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	3	37,5	37,5	37,5
Exceso frío	5	62,5	62,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Temperatura en verano (cuadro 4)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	3	37,5	37,5	37,5
Exceso	5	62,5	62,5	100,0

Calor Total	8	100,0	100,0
-------------	---	-------	-------

Luz natural (cuadro 5)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	3	37,5	37,5	37,5
Inadecuada	5	62,5	62,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Luz artificial (cuadro 6)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	5	62,5	62,5	62,5
Inadecuada	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Ventilación (cuadro 7)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	4	50,0	50,0	50,0
Inadecuada	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Calefacción (cuadro 8)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Adecuada	5	62,5	62,5	62,5
inadecuada	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Nivel de ruidos (cuadro 9)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
alto	1	12,5	12,5	12,5
medio	5	62,5	62,5	75,0
bajo	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Enchufes mal ubicados (cuadro 10)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	6	75,0	75,0	75,0
No	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Cables sueltos (cuadro 11)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	4	50,0	50,0	50,0
No	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Fichas de luz en mal estado (cuadro 12)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	7	87,5	87,5	87,5
No	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Piso con daños (cuadro 13)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	4	50,0	50,0	50,0
No	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Sillas en mal estado de conservación (cuadro 14)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	7	87,5	87,5	87,5
No	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Mal distribución de elementos de trabajo (cuadro 15)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	8	100,0	100,0	100,0

Falta de espacio para circular (cuadro 16)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	6	75,0	75,0	75,0
No	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Falta de espacios para el personal (cuadro 17)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí	5	62,5	62,5	62,5
No	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

#### 4.1.3.2 condiciones humanas del entorno

Clima de trabajo (cuadro 18)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí, es muy agradable	6	75,0	75,0	75,0
Sí, es apropiado para la realización e tareas	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Cooperación (cuadro 19)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
M.Buena	6	75,0	75,0	75,0
Buena	1	12,5	12,5	87,5
Regular	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Trabajo en equipo (cuadro 20)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Sí actuamos como equipo permanentemente	7	87,5	87,5	87,5
Sí, pero solo actuamos como equipo ocasionalmente	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Predisposición de colegas (cuadro 21)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
M.Buena	4	50,0	50,0	50,0
Buena	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Relación entre compañeros de trabajo dentro del ámbito laboral (cuadro 22)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
M.Buena	7	87,5	87,5	87,5
Buena	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Descansos (cuadro 23)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Algunas veces	1	12,5	12,5	12,5
Frecuente	2	25,0	25,0	37,5
Siempre	5	62,5	62,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Respaldo de compañeros de trabajo frente a una situación conflictiva (cuadro 24)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Frecuente	4	50,0	50,0	50,0
Siempre	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Respaldo de superiores frente a una situación conflictiva (cuadro 25)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Nunca	1	12,5	12,5	12,5
Raramente	1	12,5	12,5	25,0
Algunas veces	4	50,0	50,0	75,0
Frecuente	1	12,5	12,5	87,5
Siempre	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Respaldo de otros profesionales frente a una situación conflictiva (cuadro 26)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Algunas veces	1	12,5	12,5	12,5
NS/NC	7	87,5	87,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Las relaciones con los compañeros de trabajo son cordiales (cuadro 27)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Frecuente	4	50,0	50,0	50,0
Siempre	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

#### 4.1.3.3 condiciones de trabajo relacionadas con el aumento de la demanda

Creo que estoy trabajando demasiado (cuadro 28)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Nunca	1	12,5	12,5	12,5
Algunas veces	3	37,5	37,5	50,0
Frecuente	1	12,5	12,5	62,5
Siempre	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Me siento al límite de mis posibilidades (cuadro 29)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
Nunca	3	37,5	37,5	37,5
Raramente	3	37,5	37,5	75,0
Algunas veces	1	12,5	12,5	87,5
Frecuente	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	



#### 4.1.3.4 Capacidad de respuesta

Respuesta institucional (cuadro 30)

	Frecuencia	%	% valido	% acumulad.
M.Buena	1	12,5	12,5	12,5
Buena	7	87,5	87,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Datos que se relacionan con la capacidad de respuesta (cuadro 31)

Ítem 23 (negativo)	1	2	3	4	5	6	7	8	Totales
Falta personal	X		X						2
Falta capacitación									0
Condiciones materiales	X	X		X		X	X	X	6
Falta insumos		X		X	X	X	X		5
Cond. salariales malas	X		X	X	X		X	X	6
Falta de políticas		X	X	X		X		X	5
Otros					X*				1
Ninguna									0
<b>Ítem 23a (positivo)</b>									
Personal suficiente					X		X	X	3
Personal capacitado	X	X	X	X	X	X		X	7
Infraestructura									0
Insumos suficientes									0
Cond. Salariales									0
Políticas claras									0
Otros									0
Ninguna									0

Aumento de la demanda (punto IV)

Modelo de Regresión Lineal (Alto Camet, 2004-2006)

Variables

Modelo	Variables Entered	Variables Removed	Metodo
1	Consulta (a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Variable dependiente: AÑO

Mo del o	R	R Squa re	Adjust ed R Squar e	Std. Error of the Estimat e	Change Statistics				
					R Squa re Chan ge	F Chan ge	df1	df2	Sig. F Change
1	,997( a)	,994	,994	,062	,994	7444 99,79 6	1	4382	,000

a Predictores: (Constant), CONSULTA

b Variable dependiente: AÑO

ANOVA (b)

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regres sion	2900,35 8	1	2900,358	744499, 796	,000(a)
	Residu al	17,071	4382	,004		
	Total	2917,42 9	4383			

a Predictores: (Constant), CONSULTA

b Variable dependiente: AÑO

Coeficientes (a)

Modelo		Coeficientes sin estandarizar		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	1969,949	,041		48454,671	,000
	CONSULTA	,024	,000	,997	862,844	,000

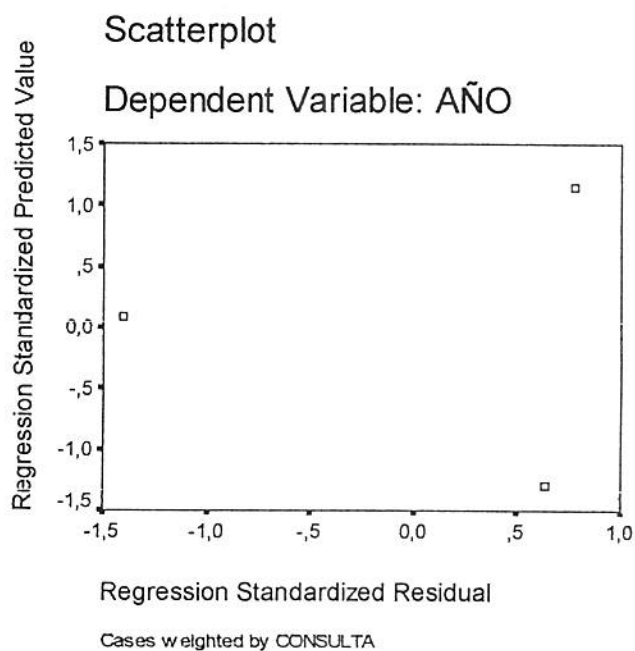
a Variable dependiente: AÑO

Estadísticas residuales (a)

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2003,96	2005,95	2005,02	,813	4384
Residual	-,09	,05	,00	,062	4384
Std. Predicted Value	-1,301	1,146	,000	1,000	4384
Std. Residual	-1,409	,779	,000	1,000	4384

a Variable dependiente: AÑO

Predicted residual vs standardized residual



## GRAFICOS

