



Universidad Nacional de Lanús
Red MARISTAN

Tesis para optar al grado de Doctora
en Salud Mental Comunitaria

**La integración de las problemáticas de salud mental, en el marco de la
estrategia de la atención primaria de salud. Representaciones y prácticas
de trabajadores de los equipos de salud del primer nivel de atención.
Trelew-Chubut.**

Doctoranda: Lic. Juliana Andrieu

Directora: Mgr. Ana Cecilia Augsburger

Co-Directora: Dra. Marcela Freytes Frey

Agosto 2018

RESUMEN

Respecto a salud mental, desde el 2004 en Chubut, hubo un compromiso político en asumir acciones, que implicaron la transformación de los modelos de atención redefiniendo abordajes en pos de la restitución de los derechos de los usuarios con sufrimiento mental. Asimismo, el desarrollo de la política sanitaria consideró la Estrategia de Atención Primaria de la Salud como orientadora de las prácticas en salud.

Este estudio se propuso describir y analizar representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud en el primer nivel de atención en Trelew, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria establecida en la provincia de Chubut; que implicó entre otros aspectos, la creación de la Red Socio Sanitaria y la sanción de la Ley I N°384/09.

Se focalizó en los once centros de atención primaria de la salud, dependientes del Hospital Zonal Trelew, en el período 2013 - 2016.

El enfoque general del estudio es descriptivo, planteado como un estudio de caso, con una metodología de corte cualitativa; interesa la perspectiva de los actores y las prácticas de salud mental que los mismos desarrollan. Como principales técnicas de producción de datos se realizaron entrevistas a informantes claves, observación participante, análisis documental, entrevistas en profundidad y grupo de discusión. Para comprender y analizar los fenómenos estudiados fueron de utilidad las categorías teóricas de campo de la salud mental, prácticas de salud mental, atención primaria de la salud, modelos de atención, procesos de trabajo en salud y de representación social.

Este estudio permitió conocer el tipo de representación de los actores involucrados que genera las prácticas que se describen, quedando revelado el paradigma subyacente en la determinación de las mismas; en un contexto donde se encontraron limitados elementos que no dan cuenta de un sistema sanitario que tenga como núcleo central a la atención primaria.

Palabras Claves:

“Salud Mental Comunitaria”- “Atención Primaria de la Salud”- “Integralidad”

ABSTRACT

Regarding mental health, since 2004 in Chubut, there was a political commitment to take actions that involved the transformation of redefining care models approaches towards the restitution of the rights of users with mental suffering. Also, the development of health policies considered the strategy of primary health care as a guide for health practices.

This study aimed to describe and analyze representations and practices on issues of mental health problems developed by health workers at the primary care in Trelew, under the guidelines of the health policy community mental health established in the province of Chubut, which involved, among other things, the creation of Health Partner Network and the enactment of the Law I N° 384/09.

It focused on the eleven Centres of Primary Health Care, depending on the Trelew Zonal Hospital, between 2013 - 2016.

It is a descriptive study, based on a qualitative methodology, which has an interested perspective on the actors and the practices they develop. Main techniques of production data interviews were conducted with key informants, participant observation, document analysis, interviews and focus groups. To understand and analyze the studied facts, theoretical categories of the mental health field, mental health practices, primary health care, care models, health work processes, evaluation and social representation were useful.

This study allowed to know the type of representation of the people involved that generates the described practices, being revealed the underlying paradigm in determining them; in a context where limited elements were found that do not account for a health system that has as its central core primary care.

Key words:

“Community Mental Health” - “Primary Health Care” - “Integrality”

AGRADECIMIENTOS

Como todo trabajo que llevó años de reflexión y construcción, esta tesis presentada como obra individual no podría haber sido lo que es sin el aporte colectivo de tantas personas que estuvieron presentes, que colaboraron de distinta manera y en momentos diferentes. Mediante estas breves líneas pretendo reconocer y agradecer el acompañamiento recibido de cada uno de ellos, durante ese período de trabajo.

Quisiera comenzar agradeciendo a mi familia, por el apoyo constante de Paco, Maries y de mis hermanos (Pauli, Mauri, Jime y Euge) que supieron contenerme a la distancia y por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles. A Jime también, por ayudarme a resolver distintas situaciones surgidas a lo largo de estos años y a mis amigos, tantas veces víctimas de mis catarsis, cuando esta tarea parecía imposible de finalizar.

Reconozco el importante rol que ocupó Ana Cecilia Augsburguer, directora elegida para esta investigación, fui muy afortunada en contar con su orientación y acompañamiento, valoro sus aportes metodológicos y sus sistemáticas lecturas de este documento en sus distintas etapas y que gracias a sus meticulosas devoluciones no solo colaboró a darle forma, sino que también me enseñó diariamente el arte de investigar. Agradezco también a Marcela Freytes Frey, co-directora, que junto a sus recomendaciones explican la transformación que tuvo la investigación desde su etapa de proyecto hasta su versión final.

Destaco las sugerencias y recomendaciones bibliográficas brindadas por Alicia Stolkiner, docente del seminario de investigación, principalmente en los comienzos de este estudio.

Una mención especial a quienes fueron mi sostén diario durante este proceso y que tanta paciencia tuvieron conmigo, en primer lugar a María Andrea C., amiga del alma, colega y compañera de estudio, con la cual transitamos esta ardua instancia de formación y que gracias a su apoyo incondicional, esta tarea solitaria se volvió una tarea de equipo; quien además leyó innumerables veces las distintas versiones de cada uno de los capítulos que conforman esta tesis, aportando ideas valiosas y pertinentes. Gracias también a Candela A. por ayudarme con la transcripción textual de cada una de las entrevistas efectuadas y a mis colegas y amigas María José P. y Cecilia P., por estar y acompañarme estos años.

Destaco la enorme predisposición y dedicación que mostraron todos los trabajadores de los centros de atención primaria de la salud de Trelew, para colaborar con el trabajo de campo y

a las personas que desinteresadamente brindaron información relevante para esta investigación.

Por último, cabe aclarar que el desarrollo de esta tesis fue posible gracias a una beca, financiada conjuntamente por la Universidad Nacional de Lanús y el Ministerio de Salud de Chubut, mi agradecimiento al Estado Argentino que me dio la posibilidad de estudiar y crecer profesionalmente.

Probablemente alguien me falte en esta breve mención, pero quiero insistir en que todos ellos contribuyeron de una u otra forma a este trabajo, el cual, si bien es individual y de mi entera responsabilidad, facilitaron su conclusión.

INDICE

INDICE	6
INTRODUCCIÓN	9
1. PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1 Planteamiento y Justificación del problema	13
1.2 Revisión de antecedentes de investigación sobre la integración de la salud mental en la estrategia de atención primaria	15
1.3 Preguntas de la Investigación	23
1.4 Objetivos.....	26
1.4.1 <i>Objetivo General</i>	26
1.4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	26
2. MARCO CONCEPTUAL	28
2.1 Campo de la Salud Mental: de la enfermedad a las condiciones generales de bienestar	28
2.1.1 <i>La salud mental como práctica reparadora del sufrimiento mental</i>	31
2.1.2 <i>La desmanicomialización: el desmontaje de la lógica asilar en la provincia de Río Negro, un soporte para la reforma en salud mental de Chubut</i>	33
2.2 Concepciones sobre la Atención Primaria de la Salud, la vigencia de un debate	35
2.3 La articulación entre la estrategia de APS y Salud Mental Comunitaria como soporte de la desinstitucionalización.....	47
2.4 Modelos de atención y su relación con el desarrollo de prácticas sanitarias.....	50
2.5 La Representación Social como construcción de realidad de los trabajadores.....	54
3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	62
3.1. Descripción general del estudio.....	62
3.1.1 <i>Contexto de realización del estudio: dimensión espacial y temporal</i>	67
3.1.2 <i>Universo poblacional</i>	67
3.1.3 <i>Muestra o selección de los casos involucrados en la investigación</i>	67
3.1.4 <i>Criterio de validez y de confiabilidad</i>	69
3.2. Fuentes de Información.....	70
3.3. Técnicas de Producción de Datos.....	70
3.3.1 <i>Análisis Documental</i>	70
3.3.2 <i>Entrevistas a informantes claves</i>	71

3.3.3.	<i>Observación</i>	73
3.3.4.	<i>Entrevistas en profundidad</i>	74
3.3.5.	<i>Grupo de discusión</i>	75
3.4.	Relación objetivos y herramientas.....	76
3.5.	Análisis de la información	77
3.6.	Aspectos éticos	79
4.	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	81
4.1.	Sistema de Salud Provincial	81
4.1.1.	<i>Desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Chubut</i>	84
4.1.2.	<i>Política Sanitaria en Salud Mental Comunitaria</i>	86
4.1.3.	<i>Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental y APS, Hospital Zonal Trelew.</i>	92
4.1.3.1.	<i>Organización del Servicio de Salud Mental Comunitaria</i>	92
4.1.3.2.	<i>Estructuración del primer nivel de atención.</i>	94
4.2.	Representaciones sobre problemáticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención.....	104
4.3.	Prácticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud del primer nivel. ...	107
4.4.	El trabajador de salud mental como actor clave para la transformación de prácticas tradicionales	122
4.5.	Apropiación de lineamientos estipulados desde la política sanitaria de salud mental.	133
4.5.1.	<i>Fortaleciendo las prácticas, un debate respecto a la capacitación</i>	137
4.5.2.	<i>Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria: ¿Una apuesta al fortalecimiento del Modelo de Salud Mental Comunitaria?</i>	140
4.5.3.	<i>Obstáculos en la implementación de prácticas integrales referidas por el trabajador de salud mental</i>	141
	CONCLUSIONES.....	148
	BIBLIOGRAFÍA	159
	ANEXOS	168
	Anexo 1. Grilla temática de aspectos observables para los centros de salud.....	168
	Anexo 2. Guion temático Entrevistas en profundidad.....	169
	Anexo 3. Guion temático Grupo de Discusión.....	175
	Anexo 4. Consentimiento Informado.....	176

LISTADO DE MAPAS

Mapas 1. Provincia del Chubut. Áreas Programáticas	84
Mapas 2 Centros de Atención Primaria de la Salud y Áreas de influencia. Trelew	104

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

CMDB: Conjunto Mínimo de Datos Básicos del primer nivel de atención

HZT: Hospital Zonal Trelew

MMH: Modelo Médico Hegemónico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RISMC: Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria

RS: Representación Social

TCST: Trabajador Comunitario de Salud en Terreno

TMS: Trastorno Mental Severo

INTRODUCCIÓN

Es conocida la larga historia de marginación que padecieron las personas con sufrimiento mental. El principal recurso para el abordaje de los problemas psiquiátricos y psicosociales se organizó en torno a la internación durante largos períodos de tiempo en instituciones psiquiátricas, hasta no hace muchos años. La atención asilar, custodial, la asistencia psiquiátrica escasa y las condiciones de vida inadecuadas generaron falta de intimidad, despersonalización, masificación, deterioro personal, todos fenómenos descriptos y analizados por Goffman antes de los años 60' (Galende, 1994). La permanencia prolongada, apoyada en la idea de incurabilidad de la enfermedad, fue un factor de cronificación que tuvo consecuencias de marginación y aislamiento de la sociedad.

Desde mediados del siglo pasado esta situación comenzó a modificarse, gracias al advenimiento de cambios políticos, culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, entre otros aspectos.

Las políticas de reforma psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EE.UU., Inglaterra, Italia) en las décadas de los 60' y 70' y en España a lo largo de los 80', se plantearon la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su exclusión e institucionalización.

La conceptualización de la Atención Primaria de la Salud (APS) se construyó durante el siglo XX. La Conferencia Internacional de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978) fue un hito en ese proceso, momento en el que se sistematizan y consolidan propuestas de políticas públicas, teorías y prácticas como resultado del trabajo de diferentes países. La Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), define a la APS como una estrategia fundamental para lograr un mejor nivel de salud de los pueblos, centrándose en los principales problemas de la comunidad en los niveles preventivo, curativo, rehabilitativo y de promoción de la salud, integrada con otros niveles de salud. Los postulados esenciales de dicha declaración dieron lugar al surgimiento de acciones sanitarias con la pretensión de abrir paso a la vinculación de problemas específicos de salud mental a la atención primaria de la salud.

En la década de los 90', la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990) propuso como alternativa a la institucionalización psiquiátrica, la intervención comunitaria bajo la lógica de una política de atención primaria.

Desde esa fecha, como opción a la internación asilar, en nuestro país comenzaron a desarrollarse políticas sanitarias con el objetivo de integrar los cuidados de la salud mental a la atención de salud general (Gerlero, Augsburger, Duarte, Escalante, Ianowski, Mutazzi, y Yanko, 2010).

Un evento importante para la reconversión de los modelos de atención fue la sanción a nivel nacional, en el año 2010, de la Ley N° 26657/10 como instrumento normativo regulador de las intervenciones en salud mental.

La provincia del Chubut, influenciada por estos procesos de transformación y teniendo en cuenta que se venían desarrollando prácticas alternativas a las viejas concepciones, puso en marcha la implementación de una política bajo los conceptos de la salud mental comunitaria, dando lugar a la sanción de la Ley I N° 384/09. Cabe señalar que en Chubut la ley provincial antecede a la ley nacional N° 26657/10.

Esta investigación, planteada como un estudio de caso, se propuso describir y analizar representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud en el primer nivel de atención en Trelew, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria establecida en la provincia de Chubut.

La misma se realizó en la ciudad de Trelew, en los años 2013 - 2016, específicamente en los once Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), dependientes del Hospital Zonal Trelew (HZZ). El enfoque general del estudio es descriptivo e interpretativo, con una metodología de corte cualitativa.

Es válido mencionar que en la provincia y específicamente en Trelew, se generó desde el 2003, un proceso de transformación en el abordaje de las problemáticas de salud mental, bajo el paradigma de la salud mental comunitaria y en donde también se enfatiza la estrategia de atención primaria.

Uno de los ejes del proceso de transformación es la formación de recurso humano calificado a nivel local, motivo por el cual esta tesis se encuadra en el marco de una beca financiada conjuntamente entre la Universidad Nacional de Lanús y la Dirección Provincial de Salud Mental, perteneciente al Ministerio de Salud de Chubut. La financiación del doctorado es

relevante a los efectos de generar capacitación a los trabajadores de los servicios de salud mental en el nuevo modelo de atención de salud mental, con mayor rigor científico. La relevancia de este estudio se espera permita, de acuerdo a lo planificado por dichos organismos, generar capacitaciones locales y coordinar los dispositivos asistenciales de los servicios de pertenencia, entre otras actividades.

Dicha situación influyó también en la elección del tema de investigación, dado que el producto de la misma pretende ser de utilidad para reorientar las acciones implementadas desde ese modelo de trabajo. Además, se reconoce el rol que tuvo la propia experiencia como ex-residente de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISMC), luego como trabajadora permanente y también como Coordinadora del Área Externa del Servicio de Salud Mental, para la definición de los interrogantes que direccionaron este estudio.

Entonces el desarrollo de tareas en el primer nivel de atención, el trabajo diario con otros efectores de salud, la reflexión sobre los modos de dar respuestas a las problemáticas de salud mental, la brecha existente en algunas oportunidades entre los lineamientos teóricos de trabajo promulgados y la práctica concreta, desencadenaron inquietudes respecto a la articulación de la salud mental y la atención primaria.

Es oportuno indicar que en paralelo al desarrollo de este trabajo y bajo los mismos lineamientos institucionales, se está realizando “El estudio evaluativo sobre las prácticas de Rehabilitación Psicosocial de los dispositivos del Servicio de Salud Mental del HZT, destinadas a personas con trastornos mentales severos, desde la perspectiva de trabajadores y usuarios” a cargo de la Ps. María Andrea Casadei, perteneciente al mismo ámbito laboral. Como consecuencia se especifica que sendas tesis doctorales comparten aspectos troncales para luego bifurcarse en los respectivos campos de estudio.

El planteo unificado de ambas investigaciones versa sobre tres puntos fundamentales: el análisis del ámbito provincial y local, el proceso de reforma provincial en salud mental y el desarrollo de conceptualizaciones teóricas del campo de la salud mental comunitaria, prácticas y representaciones en salud mental, para luego desarrollar las especificidades de cada una. De este modo ambos estudios, brindan una visión complementaria del proceso de reforma en la ciudad de Trelew.

Para la presentación escrita de este trabajo de tesis se divide el documento en cuatro capítulos. En el primero se explicitan los aspectos e interrogantes que motivaron la construcción del

problema de investigación. Se describen los antecedentes de investigación sobre la integración de la salud mental en la estrategia de atención primaria; cabe aclarar que para facilitar la lectura se dividieron los mismos en investigaciones que indagan el desarrollo de APS en las políticas sanitarias en general, aquellas que problematizan políticas sanitarias y APS en relación a la Salud Mental y las realizadas sobre estos ejes u otros, pero específicamente en Chubut. También se enumeran los supuestos y objetivos que direccionaron el trabajo y los aportes relacionados con la elaboración del presente estudio.

En el segundo capítulo se describe el entramado teórico que sirvió como marco de referencia para el análisis de los fenómenos estudiados. Fueron de utilidad las categorías teóricas de campo de la salud mental, prácticas de salud mental, atención primaria de la salud, modelos de atención, procesos de trabajo en salud y de representación social.

En el tercero se explican aspectos metodológicos como también las principales técnicas de producción de datos implementadas, explicitando la relación de las mismas con los objetivos de la investigación.

En el cuarto capítulo se expone el ámbito donde está circunscripto el problema de investigación. Se brinda información sobre las características de la Política Sanitaria Provincial respecto al desarrollo de la Estrategia de APS y de Salud Mental Comunitaria, como también se detallan especificidades respecto del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental y APS, en el ámbito del HZT. Además se encontrará la descripción y análisis de las representaciones sociales de los trabajadores sobre las problemáticas de salud mental y su abordaje en el ámbito de la atención primaria.

Finalmente se arriba a las conclusiones que intentan estimular la reflexión sobre nuevos y posibles interrogantes.

La realización de este doctorado se presentó como una oportunidad para enriquecer la formación teórica, para ampliar e interrogar el desarrollo de la práctica cotidiana y para brindar aportes teóricos de base científica que den cuenta del proceso de transformación de los modelos de atención. La información recabada constituye un desafío para la creación de herramientas y programas en relación a la temática de esta tesis, así como el usufructo de los resultados de la misma.

1. PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento y Justificación del problema

El desarrollo de nuevas formas de comprender el padecimiento mental, la incorporación de diferentes actores y disciplinas, distintos modos de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial produjeron cambios y modificaciones en la manera de abordar a las personas con sufrimiento psíquico, buscando atender las problemáticas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización. En la provincia de Chubut esto se legitimó a través de políticas públicas sanitarias que hacen explícitos estos modelos de atención.

A partir de los cambios efectuados sobre el proceso de reforma de salud mental a nivel internacional y nacional, es como también en dicha provincia, se empiezan a gestar las bases para que desde el 2004, se consolide un compromiso político en asumir acciones que implicaron la transformación de los modelos de atención redefiniendo abordajes en pos de la restitución de los derechos de los usuarios con sufrimiento mental (Zelaya y Freytes Frey, 2007). Asimismo, el desarrollo de la política sanitaria consideró la estrategia de atención primaria de la salud como orientadora de las prácticas en salud. Desde esa fecha se adopta como política de salud mental un Modelo de Orientación Comunitaria, que implicó la creación de la Red Socio Sanitaria con diferentes dispositivos, capaces de atender la diversidad de problemáticas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo. Dicha red, con fuerte contenido ambulatorio, intenta articular una lógica de continuidad de cuidados con el objetivo de asegurar una atención integral y coordinada a la población con sufrimiento mental (Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, 2011).

En relación a este proceso de reforma provincial, sería oportuno y enriquecedor reflexionar sobre los modelos de atención de salud mental y sobre el proceso a través del cual la salud mental se incluye en la estrategia de atención primaria, monitoreando la implementación de las políticas sanitarias estipuladas, en la dinámica de trabajo de los actores de salud locales. Entonces considerar el desarrollo que tuvo la estrategia de APS en nuestro país y en otros ámbitos se vuelve necesario para a posteriori analizar el proceso de integración de la política de salud mental en esta estrategia a nivel local.

El sistema de salud nacional presenta brechas entre los discursos y las prácticas, es decir que, si bien la APS se plantea como estrategia y meta en los documentos oficiales, en las prácticas se la considera equivalente al primer nivel. Se reconoce como un obstáculo de la APS a la cultura “hospitalocéntrica” del sistema. Asimismo, la puja de actores (corporaciones profesionales, cámara de prestadores privados, poder sindical) en función de intereses corporativos, dificulta dicho proceso de integración. Sin embargo, la estrategia de APS aparece como aquella línea de acción capaz de transformar ese panorama, en la medida que favorezca la participación de nuevos actores, no clásicos, para producir cambios y recuperar el derecho a la salud (Stolkiner, Comes, y Garbus, 2011).

Las fallas encontradas en la producción de información sanitaria y epidemiológica, el desconocimiento sobre el perfil de la población asistida y obstáculos evidenciados en la continuidad de la atención entre las diferentes organizaciones de la red, entorpecen también la integración de la salud mental en la estrategia de APS (Gerlero, Augsburg, Duarte, Gómez y Yanco, 2011); así como las discrepancias entre lo que sugieren documentos de los planes de salud y lo que efectivamente se ejerce como práctica, como lo demuestran investigaciones realizadas en Brasil (Pegolo da Gama y Onocko Campos, 2009) y en Chile (Schrager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007).

A nivel local, Chubut participó de un estudio de evaluación realizado por la OPS/OMS (2009) denominado “Instrumento de evaluación para los Sistemas de Salud Mental”. La información obtenida permitió tener un diagnóstico del sistema de salud mental provincial, de los establecimientos de salud mental, instalando una línea de base a los fines de monitorear cambios específicamente sobre la atención curativa y la rehabilitación psicosocial. Cabe destacar que los datos fueron recabados durante los años 2007-2008, período que corresponde a la época en la que comienzan a desarrollarse aspectos relevantes del proceso de reforma provincial de salud mental.

Los mismos implicaron la apertura de interrogantes sobre las prácticas de salud mental que desarrollaban los trabajadores en el primer nivel de atención, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria y sobre las representaciones de salud mental y su influencia en las intervenciones, en tanto facilitador u obstaculizador de la integración de temáticas de salud mental en la estrategia de atención primaria. La información

lograda es importante, ya que brinda conocimiento apropiado al proceso de reforma provincial en salud mental.

1.2 Revisión de antecedentes de investigación sobre la integración de la salud mental en la estrategia de atención primaria

El pasaje de un modelo médico psiquiátrico al llamado campo de la salud mental, se vio influenciado por los acontecimientos vividos en Europa durante las dos guerras mundiales. La destrucción y el horror vivido, produjeron una nueva conciencia del poder que invadió al mundo. Simultáneamente surgieron posiciones humanistas y se fue configurando una mirada crítica al sistema de atención psiquiátrica y a la institucionalización de los enfermos mentales. Es así como se empiezan a gestar procesos de reforma en distintos países y aparecen políticas de desinstitucionalización. De este modo se inició la reconversión de los sistemas de atención psiquiátrica en casi todo el mundo hacia criterios más sociales, preventivos, bajo las estrategias de la atención primaria de la salud y en una integración de los cuidados de salud mental en los sistemas generales de salud. Lo contextual, cobra relevancia y se resitúan las problemáticas en el tejido social, lo cual complejiza el campo y lleva a la incorporación de otras disciplinas, sectores y actores. (Galende, 2008)

Las políticas de reforma psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EE.UU., Inglaterra, Italia) en las décadas de los 60' y 70' y en España a lo largo de los 80', se plantearon la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su exclusión e institucionalización.

Cabe aclarar que si bien en la revisión de antecedentes no se están desarrollando ni profundizando las experiencias de reforma psiquiátrica, se pueden mencionar algunos elementos comunes que tuvieron los diferentes procesos de reforma:

En primer lugar se puede señalar la producción de una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo, recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos. Ese proceso de cambio llevó a avanzar en la

desinstitucionalización de personas con patologías crónicas, la hospitalización como respuesta a la cronicidad fue perdiendo poder, buscando su integración en la sociedad.

Otro aspecto se relaciona con el desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad, se apostó a un nuevo modelo de atención basado en la articulación de dispositivos, servicios, capaces de atender, a las diferentes problemáticas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo; reconociendo factores psicosociales que inciden en el proceso de enfermar, en el curso y evolución del trastorno.

También se observa la territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental, en estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud comunitaria.

Se destaca la integración de la salud mental en la atención primaria de salud, en las estrategias de intervención a los recursos de la propia comunidad, articulando una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada.

Por último se considera la promoción del empoderamiento de individuos, familias, grupos y comunidades para que desempeñen un papel activo en el cuidado de su propia salud mental; la participación social es reconocida como un factor protector de la salud mental de los individuos.

Los postulados esenciales de la Declaración de Alma - Ata (OMS, 1978) dieron lugar al surgimiento de acciones sanitarias con la pretensión de abrir paso a la vinculación de problemas específicos de salud mental a la atención primaria de la salud. La Declaración de Caracas (1990), marca lineamientos de la reforma psiquiátrica en América Latina, convirtiéndose en un antecedente primordial para el desarrollo de nuevas políticas de salud mental y propone el desarrollo de una atención psiquiátrica vinculada a la APS e inscripta en el marco del sistema sanitario local.

Desde esa fecha, como opción a la internación asilar, en nuestro país comenzaron a desarrollarse políticas sanitarias con el objetivo de integrar los cuidados de la salud mental a la atención de salud general (Gerlero, Augsburg, Duarte, Escalante, Ianowski, Mutazzi, y Yanko, 2010).

Es por ello que la búsqueda para la revisión de los antecedentes se centró en la necesidad de capturar la direccionalidad y las transformaciones de experiencias de reforma latinoamericanas que tuvieron en cuenta la integración entre APS y Salud Mental.

Los datos obtenidos se organizaron en relación a tres ejes con el objetivo de contextualizar el estado en que se encontraban los procesos de integración de las temáticas de salud mental en la APS, aspecto relevante para esta investigación. En el primero se explicita el desarrollo de la APS, en el segundo se problematiza la articulación entre APS y salud mental de acuerdo a las políticas sanitarias y en el tercero se hace referencia a la producción de investigación locales.

- ***Investigaciones que indagan desarrollo de APS en las políticas sanitarias en general***

Stolkiner, Comes y Garbus, estudiaron el estado actual de la estrategia de APS en Argentina. Fue la primera etapa de un estudio multicéntrico, donde se realizó un análisis de la APS en cuatro países: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay en el 2010. Las dimensiones analizadas fueron la capacidad de conducción de la APS, el financiamiento, recursos para APS (provisión y recursos humanos), integralidad y continuidad de cuidado, articulación intersectorial y relaciones de la APS con actores sociales y políticos.

Exploraron las potencialidades de la APS para transformar el sistema de salud heterogéneo, fragmentado y segmentado; situación evidenciada por la coexistencia de múltiples instituciones, en lo financiero como en la provisión de servicios, con escasas formas de coordinación para favorecer una distribución adecuada de los distintos niveles de atención y así evitar superposiciones o falta de disponibilidad.

La investigación también revela que en los documentos oficiales se reconoce a la APS como estrategia de reordenamiento del sistema de salud, ligada a las definiciones de Alma Ata. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no ligados a la función gubernamental, afirma que no existe una definición oficial sobre APS, encontrando brechas entre lo enunciado y lo ejecutado. Se observa en algunos casos la coexistencia de los cuatro tipos posibles de APS. Se reconoce como un obstáculo de la APS a la cultura “hospitalocéntrica” y en muchos casos el trabajo en el primer nivel de atención suele ser descalificado por los profesionales del sistema en relación a las especialidades hospitalarias. Se plantea la necesidad de superar la concepción que equipara la APS con el primer nivel del sistema. En lugares donde se estimula un trabajo en equipo basado en APS aparecen mayores acciones intersectoriales, que en otros donde la APS está asociada a un consultorio externo descentralizado de un hospital.

Por último, se señala que la APS tiene la potencialidad de captar nuevos actores para trabajar bajo los lineamientos que se sugieren a nivel internacional (Stolkiner et al., 2011).

La investigación “La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires” fue la segunda etapa del estudio multicéntrico anteriormente mencionado. Entre algunos de sus resultados se encuentra que la estrategia de APS depende fundamentalmente del subsistema estatal como consecuencia de la fragmentación y segmentación del sistema y se la identifica con el primer nivel de atención. Asimismo, se observa que el vínculo entre los usuarios y el personal de los CAPS, es una de las fortalezas del primer nivel de atención en ese contexto; y el acceso, la falta de enfoque familiar y la escasa participación comunitaria están entre sus debilidades (Gómez, Paepe, Conde, y Stolkiner, 2012).

Estas dos investigaciones brindan un panorama del desarrollo de la APS en nuestro contexto macro.

- ***Estudios que indagan o problematizan Políticas Sanitarias y APS en relación a la Salud Mental***

Una investigación realizada en Brasil, en Belo Horizonte, MG analizó “Los factores asociados a la continuidad de cuidado en salud mental de pacientes derivados a centros de salud” (Oliveira et al., 2008). Este estudio nos alerta sobre las fragilidades en lo que se refiere a la conservación del contacto de los servicios con los pacientes cuando estos transitan los diferentes dispositivos de atención de la red, es decir, cuando cambian de nivel de asistencia. Las fallas encontradas no dependen tanto de las características individuales del paciente, sino que están relacionadas más con los factores referidos al contexto, al servicio (escasez de recurso humano, falta de medicación, de vehículos para realizar visitas domiciliarias) y aspectos conceptuales (inconsistencia entre la política propuesta e implementada) y poca definición del marco teórico y de las tecnologías de tratamiento a ser utilizadas. Recomendamos que el movimiento de los pacientes por la red de servicios debe permanentemente ser acompañado por los equipos de los centros de salud (puerta de entrada preferencial para las personas con trastorno mental) si se quiere lograr la continuidad en el tratamiento; acompañado de protocolos de derivación, enfatizando la importancia de la integración entre los servicios antes, durante y después de la derivación (Oliveira et al., 2008).

Tanaka y Ribeiro (2009) en la investigación “Acciones en salud mental en la Red Básica”, refieren que la ampliación de acciones en la atención básica fue el objetivo de las políticas

públicas de salud mental en Brasil. Explican que la Coordinación General de Salud Mental para mejorar la articulación entre salud mental y la atención básica, recomendó a partir del 2001, el apoyo matricial de salud mental a los equipos de la atención básica, brindando supervisión, atención compartida y capacitación en servicio y la priorización de la salud mental en la formación de estos equipos. La inclusión efectiva de asistencia a la salud mental en la atención básica todavía es una realidad poco frecuente, no encontrándose indicadores relativos a las acciones de salud mental realizadas por los equipos en el sistema de información de atención básica. En el estudio se explican las dificultades de los pediatras para reconocer los problemas de salud mental, admitiendo no dominar el área de salud mental ni sus problemas e instrumental de intervención, minimizan quejas en la consulta o que no se indaguen aspectos de salud mental. Las deficiencias se encuentran desde la formación básica, en donde aspectos psicológicos de la práctica médica son dejados a un segundo plano. Frente a los problemas detectados se privilegian intervenciones medicamentosas, valorizando poco otros abordajes. Actividades de educación permanente deben enfatizar además de cuestiones conceptuales, formas prácticas de intervención (Tanaka y Ribeiro, 2009).

Pegolo da Gama y Onocko Campos (2009), a través de una investigación bibliográfica exploratoria, estudiaron la salud mental en la atención básica en periódicos brasileños de salud colectiva, durante 10 años (1997-2007), dando visibilidad a lo realizado y señalando algunas lagunas en la producción sobre el tema en Brasil.

La atención primaria se implementó en el país por medio de las Unidades Básicas de Salud, sin embargo, en ellas las prácticas, todavía permanecen centradas en el médico, son curativas y descontextualizadas, estableciendo relaciones jerárquicas con la población. A partir de 1994 el Ministerio de Salud adopta el Programa de Salud de la Familia como estrategia para la atención primaria, el que se operativiza por medio de acciones de equipos multidisciplinarios, en unidades básicas. El profesional de salud mental no forma parte del equipo mínimo de dicho programa.

A partir de la década del 90, comienza el despliegue de equipos alternativos, entre otros, los Centros de Atención Psicosocial; como estrategia de acción en salud mental que incorpora las nociones de territorio, redes, intersectorialidad y teniendo equipos de referencia territorial, responsables de la atención integral de los usuarios del área adscripta.

En el 2008 se recomienda la incorporación de un profesional del área de salud mental en cada uno de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, sosteniendo a los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia en la atención de las demandas del territorio.

Se señala una confluencia entre los principios ordenadores de la reforma psiquiátrica y el Programa de Salud de la Familia tales como los principios de integralidad de la atención, de la participación social, de la ampliación del concepto salud enfermedad, de la interdisciplinariedad y de la territorialización. Sin embargo, en todos los textos se constata una distancia entre lo que es recomendado por las políticas públicas y lo que acontece en la práctica. Según los autores, en el Programa de Salud de la Familia, las prácticas de salud mental todavía son incipientes, no consiguiendo superar el modelo biomédico dominante, con profesionales poco preparados para entender el universo de la salud mental. Afirman que hay un desconocimiento de los profesionales del programa respecto de la reforma psiquiátrica. Esta falta de capacitación traería acciones normatizadoras y hospitalocéntricas, acciones discriminatorias, moralistas y represivas; medicalización del sufrimiento psíquico, entre otras. La propia comunidad no identifica el Programa de Salud de la Familia como un lugar para tratar los problemas de salud mental.

Asimismo, la falta de formación aparece como una de las necesidades más urgentes relacionadas con la salud mental y como consecuencia emergen descontextualizados los contenidos de salud mental que se proponen. Los autores enfatizan la necesidad de la formación técnica continua a partir de la vivencia cotidiana en los servicios.

Se percibe que hay un reconocimiento del gobierno sobre la importancia del problema que se revela, por ejemplo, en la obligatoriedad de incluir un profesional de salud mental en el equipo de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia. Sin embargo, los textos señalan una gran distancia entre la propuesta de atención primaria de las políticas públicas y la forma que realmente está aconteciendo el desarrollo de la práctica de la salud mental, siendo este un proceso que camina lento, en el que los profesionales todavía estructuran su trabajo en base a la demanda, surgiendo pocas acciones orientadas a la prevención y la promoción.

Existe el riesgo de incumplir la dirección política establecida, donde los profesionales de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia son utilizados para hacer atención clínica curativa de la población en los equipos del Programa de Salud de la Familia, sin tiempo para apoyo matricial, prevención y promoción. Una de las directrices de la salud mental es el trabajo en

red y se constata en algunos textos que existen obstáculos en la integración de la salud mental a los equipos del Programa de Salud de la Familia y los Centros de Atención Psicosocial. Este problema refleja que el movimiento de la reforma psiquiátrica y el de la reforma sanitaria se desarrollaron de forma paralela, pero sin una integración, a pesar de tener afinidades.

Es interesante pensar que la existencia de políticas públicas con directrices modernas y avanzadas no garantiza su implementación, pero facilita la inducción de caminos interesantes. La aceleración de este proceso depende de varios esfuerzos conjuntos, del cambio de las propias instituciones formadoras, educación permanente para los profesionales e inversión de los gestores en la contratación de profesionales capacitados (Pegolo da Gama y Onocko Campos, 2009).

En Chile se encontró una investigación que describe el trabajo de los psicólogos en los centros públicos de salud primaria y analiza el grado en que las actividades desempeñadas se ajustan al Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría. Los resultados, entre otros aspectos, muestran que los efectores de salud desempeñan otras prácticas que no son las recomendadas en el plan, dedicando la mayor parte de su jornada laboral a actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual, en desmedro de actividades comunitarias dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental (Schrager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007).

Otro estudio se propuso caracterizar en Chile la experiencia de los últimos 20 años respecto a la integración de la salud mental en la atención primaria. Explica el proceso por el cual en ese país se logró que la salud mental sea un componente integral de su atención primaria, dentro de un contexto de desarrollo general del sistema público de salud y específico de la red de salud mental. Destaca como elementos facilitadores de esa integración la existencia de documentos oficiales que expliciten y prioricen esa integración y la voluntad política respecto a la asignación de recursos adicionales que sustenten prestaciones de salud mental en APS. Entre algunos de sus puntos críticos aparece la articulación y apoyo de otros profesionales de atenciones secundaria y primaria. (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

En Argentina en el 2008 se efectuó un diagnóstico evaluativo sobre las políticas y los planes de salud mental en el país, analizando seis provincias (Río Negro, Córdoba, Entre Ríos, San Juan, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que a la fecha tenían legislación específica de salud mental. Se identifican los avances y obstáculos en las intervenciones integrales, la continuidad y calidad en el cuidado de la salud mental. Entre los logros se

encuentra que el desarrollo de servicios de salud mental articulados a la estrategia de APS, es una dirección asumida en los lineamientos sanitarios. Sin embargo, en la mayoría de las jurisdicciones existen contradicciones en los modelos de atención, superponiendo la atención hospitalaria, centrada en la enfermedad junto al desarrollo de prácticas y dispositivos alternativos con inserción comunitaria. También, señala la escasa información epidemiológica sobre la población con sufrimiento psíquico (Gerlero et al., 2010).

En relación al estudio mencionado, se realizó otra investigación en el 2010, en cuatro ciudades argentinas que tenían políticas y planes de salud mental con enfoque en la APS (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba Capital, Paraná y Rosario). Se evaluó la accesibilidad a los servicios de salud mental, explorando el desarrollo del área de salud mental en la estrategia de atención primaria e identificando obstáculos en la implementación de cuidados más integrales. Si bien en los ámbitos estudiados se encuentran diferencias al incorporar la salud mental en la atención primaria, en todos se realizan acciones que favorecen la accesibilidad de las personas a los cuidados de salud mental, expandiendo la red de servicios, la ampliación de las prestaciones y la integración de los cuidados específicos a la atención primaria. Sin embargo, las fallas en la producción de información sanitaria y epidemiológica, obstaculiza el análisis de la población asistida. La debilidad de los cuidados integrales se encuentra principalmente en el tránsito de los usuarios entre las diferentes organizaciones de la red, en la ausencia de registros de referencia y contra-referencia, es decir, en la falta de acompañamiento de información pertinente en los procesos de derivación e interconsulta (Gerlero et al., 2011).

Estas investigaciones están directamente relacionadas con el problema de investigación del presente estudio y de ellas se puede tener en cuenta algunos ejes de trabajo. Las distintas experiencias mencionadas revelan que la inclusión de la salud mental en la atención primaria forma parte de un proceso complejo y contradictorio. Los textos referidos ponen de manifiesto elementos comunes que obstaculizan dicha integración, entre los que se destacan la falta de capacitación en la temática, resistencia de los profesionales a cambiar abordajes tradicionales de atención, discrepancias entre lo que sugieren documentos de los planes de salud y lo que efectivamente se ejerce como práctica, falta de registro epidemiológico para diseñar intervenciones, entre otros.

- *Investigaciones realizadas sobre estos ejes u otros, pero específicamente en Chubut*

Chubut fue una de las provincias que formó parte del estudio de evaluación realizado por la OMS/OPS denominado “Instrumento de evaluación para los Sistemas de Salud Mental”. El IESM-OMS consiste en 6 secciones que contienen 28 apartados y 145 ítems. Todas fueron evaluadas a fin de tener una visión relativamente completa del sistema de salud mental de cada provincia. El propósito de dicho estudio consistió en obtener información a ser utilizada para la toma de decisiones y para mejorar el sistema de salud mental. La información alcanzada permitió tener un diagnóstico del sistema de salud mental en Chubut, de los establecimientos de salud mental, constituyendo una línea de base a los fines de monitorear los cambios que se introdujeran en el sistema, en las políticas, planes, programas y servicios de salud mental, específicamente sobre la atención curativa y la rehabilitación psicosocial (OMS, 2009).

La recolección de los datos se realizó en el transcurso del año 2007 y en el primer semestre del 2008, época en la que aspectos relevantes del proceso de reforma de salud mental provincial eran incipientes. Posterior al mismo se sanciona la ley provincial que permitió legitimar prácticas desarrolladas en algunos de los servicios de la provincia.

Otra investigación recabada fue el “Estudio sobre las estrategias de la comunidad para el cuidado de la Salud Mental”, en la localidad de Gaiman, ciudad vecina a Trelew. El mismo analizó el peso que tienen dentro de dichas estrategias las redes autogestivas y los servicios públicos de salud e indagó cómo a partir de ellas se van generando prácticas y estrategias de cuidado, situando la distancia existente entre las representaciones y prácticas sostenidas por la población y las de los profesionales que trabajan en el área (Freytes Frey M., 2006).

Si bien la misma no se relaciona directamente con la temática rectora de esta tesis, se considera un importante instrumento de indagación local dado que es la única investigación de orden científico sobre temáticas de salud mental en la provincia del Chubut. Además, estudia las representaciones y prácticas sostenidas por los trabajadores de la salud en relación con la salud mental e intervenciones relacionadas con la estrategia de atención primaria.

1.3 Preguntas de la Investigación

Considerando los lineamientos planteados en este trabajo con ajuste a los objetivos propuestos en esta investigación, se explicitan los aspectos que generaron la apertura de interrogantes y que fueron punto de partida para desarrollar el presente estudio.

¿Qué prácticas de salud mental desarrollan los trabajadores de salud del primer nivel, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria?

¿A través de qué modalidades se apropian los trabajadores de salud del primer nivel de los lineamientos estipulados en las políticas sanitarias de salud mental?

¿Cuáles son las representaciones sobre la salud mental del equipo de trabajadores?

¿Dichas representaciones conducen a prácticas que potencian la incorporación, de temáticas de salud mental en la estrategia de APS o constituyen un obstaculizador?

Es decir que para responder a estas cuestiones se tuvieron en cuenta las políticas sanitarias provinciales y de salud mental como también la composición de los equipos de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y sus procesos de trabajo.

En este trabajo la conjetura inicial fue que los lineamientos políticos propugnaban la integración de los procesos de atención primaria y salud mental; sin embargo eso solo se logró parcialmente y con algunos obstáculos como la permanencia del modelo médico hegemónico, dificultades en la integralidad y en la formación académica, entre otros.

En los abordajes cualitativos “las hipótesis pierden su dinámica formal comprobatoria para servir de camino y de señalización en la confrontación con la realidad empírica. Se acostumbra a usar el término supuestos para hablar de algunos parámetros básicos que permiten encaminar la investigación empírica cualitativa, sustituyéndose así el término hipótesis para connotaciones muy formales del abordaje cualitativo.” (Minayo, 1995, p.82).

En este tipo de estudios el investigador puede disponer de confirmar o negar hipótesis con un abordaje no estructurado y durante el proceso de campo puede focalizar en aspectos que surgen empíricamente, reformulando las hipótesis iniciales y temporales. Es por esto que el investigador debe ser flexible y abierto para realizar preguntas nodales para la comprensión de la realidad empírica y así descubrir las particularidades de la misma (Minayo, 1995).

A continuación se explicitan los supuestos que orientaron las etapas de recolección de datos y su posterior análisis:

Primer supuesto

El desarrollo de los procesos en relación a salud mental y a la estrategia de atención primaria provincial se expandieron en forma paralela, es decir sin el suficiente vínculo entre ellos. Esta manera de avanzar obstaculizó la articulación de ambos ejes en las prácticas de los miembros de los equipos de los centros de atención primaria de la salud.

Segundo supuesto

Las prácticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de los centros de salud se asientan sobre representaciones sociales en torno a modelos de atención tradicionales. Dichas representaciones están organizadas en relación a aspectos como la peligrosidad del usuario, tratamiento diferencial y de exclusión, acordes al modelo médico hegemónico.

La producción de esta investigación brindaría alguna respuesta inicial en relación a estos aspectos, profundizando la relación entre salud mental y atención primaria. Además procuraría señalar los puntos en los que se avanzó y aquellos que todavía operan como obstáculo a nivel de gestión política local.

Tercer supuesto

La estrategia de salud provincial se basa en fortalecer los postulados de la atención primaria de la salud, este escenario favorece el sostenimiento de las reformas en salud mental comunitaria en la población en estudio.

Según consta en plan estratégico la provincia se plateó la reconstrucción de la estructura del sistema sanitario bajo los principios de la estrategia de atención primaria de la salud, entendiendo a la misma “no sólo como nivel de atención sino como una política sanitaria que atraviesa todo el sistema de salud, haciendo más accesible y organizada la red sanitaria de atención” (Secretaría de salud, 2011, p. 6).

Dicho contexto debiera operar como facilitador para incorporar acciones de salud mental en las prácticas de APS. Entonces si se lograra la integración de las intervenciones en salud mental a las acciones generales de salud el objetivo por el cual nacieron las políticas de salud mental habría culminado con éxito.

Cuarto supuesto

Los lineamientos de la leyes de salud mental, tanto a nivel provincial como nacional, plantean que el proceso de atención en salud mental debe realizarse basado en los principios de la estrategia de atención primaria de la salud. Sin embargo esta directriz jurídica es solo una herramienta entre otras, para poder implementar la reforma en salud mental; la puesta en marcha de la misma compromete también al ámbito político, ya que es este sector el que lleva adelante la construcción de las políticas y programas que garantizan los derechos proclamados en dicho marco regulatorio.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Describir y analizar representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental de los trabajadores de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Trelew, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de Salud Mental Comunitaria establecida en la provincia de Chubut.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Describir la política de salud mental, los principios y lineamientos de atención primaria provinciales, que dan marco a las prácticas implementadas por los equipos de salud en los niveles locales.
2. Explorar y comprender las representaciones sobre problemáticas de salud mental de los trabajadores de los equipos de salud de los CAPS en Trelew.
3. Describir las prácticas de salud mental que efectivamente realizan los trabajadores de salud del primer nivel.
4. Analizar la relación entre representaciones sobre salud mental y las prácticas cotidianas ante problemáticas de salud mental que desarrollan los trabajadores del primer nivel.
5. Analizar la integración de las prácticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención conforme los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria en la provincia de Chubut.

2. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se explicitan los principales lineamientos conceptuales para establecer un marco teórico y de comprensión para el análisis de los fenómenos estudiados, como también para identificar y darle precisión a las categorías centrales adoptadas.

En este estudio interesa describir y analizar las representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud en el primer nivel de atención, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria. Por lo cual se consideró inicialmente partir de las categorías teóricas de campo de la salud mental, prácticas de salud mental, atención primaria de la salud y la noción de representación social. Durante la realización del estudio y de acuerdo a los núcleos problemáticos que surgieron, fue necesario ampliar este entramado teórico, introduciendo conceptos que explicitaran los modelos de atención y aquellos que permitieran problematizar los procesos de trabajo en salud.

2.1 Campo de la Salud Mental: de la enfermedad a las condiciones generales de bienestar

El pasaje de la psiquiatría positivista al Campo de la Salud Mental constituye una "ruptura epistemológica" aún no acabada, en la que los trabajadores (psiquiatras, psicólogos, entre otros) asumen los conflictos de esa transformación en sus prácticas y en los conceptos que las orientan. No se trata solamente de nuevas categorías para comprender la enfermedad mental, se trata de un cambio en la definición misma del objeto, la salud mental y del conjunto de las acciones de intervención (Galende, 2008).

Los conceptos fundantes de la psiquiatría tienen su base en la producción de un saber positivo, neutro y autónomo con lo cual la enfermedad se considera, desde este punto de vista, un objeto natural. Consecuencia de esta visión es centrarse en la enfermedad y no en el sujeto que la vivencia. Los manuales clasificatorios de enfermedades, abordan las mismas como objetos de la naturaleza. Las reformas psiquiátricas subvierten esta actitud epistémica, rompiendo con el modelo de producción de conocimiento de la psiquiatría, dando lugar a las experiencias vividas por el sujeto que las padece. (Amarante, 2009)

Según las conceptualizaciones de Pascuale Evaristo desinstitucionalizar significa “empezar otra vez por la complejidad de la persona humana, por la necesidad de aligerar sus lazos sociales e interiores, por su derecho a ser protagonista y libre, para no enfermar e incluso para elegir el tratamiento de su parte enferma” (Evaristo, 2000, p. 137).

Basaglia (1970) plantea que el discurso anti institucional no puede limitarse a nuestro campo de acción y explica que:

El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que las sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los valores dominantes, para transformarse en crítica y en acción política (p. 19).

Galende (1997) define el campo de la salud mental, como una práctica social que articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones. El mismo está en relación con el momento socio-histórico, del cual depende el predominio de ciertas representaciones de la salud y la enfermedad que condicionan las teorías y prácticas correspondientes que efectúan los actores dentro del campo. Hay una relación estrecha entre los modos sociales en que se representa la subjetividad y la respuesta que una disciplina da a esa representación. Los valores de salud y enfermedad suponen la existencia de concepciones e ideas que sostienen una práctica, ésta y sus efectos no son independientes de dichas concepciones.

La producción de sentido y significaciones, resultado de la relación entre cultura y padecimiento, configuran las prácticas y la noción de padecimiento o sufrimiento instituyen un concepto cultural sobre “el padecer” que se va modificando con el contexto y que jaquean las concepciones biomédicas sobre la enfermedad - atención (Faraone, 2013).

En el campo de la salud mental se encuentra no solo el abordaje de patologías manifiestas, sino las acciones tendientes a prevenir su surgimiento y la construcción de valores de salud mental nuevos, que posibiliten el mejoramiento de la calidad de vida.

Se entiende que el padecimiento psíquico es indisociable de las condiciones de existencia de la persona afectada por lo que no es posible abordar el sufrimiento mental sin tener en cuenta la sociedad en la cual el mismo aparece. Tanto las teorías como las prácticas no pueden obviar lo contextual al pensar las problemáticas que enfrentan (Galende, 1994).

Al incorporar la dimensión histórica, subjetiva y el contexto social-cultural, los recursos tradicionales se vuelven insuficientes, así como el trabajo desde una sola disciplina.

Se hace necesario intervenir en casi todos los niveles de la vida social, en la cual el trabajador de la salud interactúa con los sujetos y con la comunidad.

La formación en salud dentro del modelo tradicional asigna roles y funciones específicos para los diferentes efectores de salud que se cumplen en forma aislada, cada trabajador maneja solo cierta información, que muchas veces no se intercambia con otros. Por tanto, se hace prioritario compartir la responsabilidad del tratamiento y seguimiento de los pacientes con los miembros del equipo, considerando a todas las acciones como necesarias e importantes. Es así como el accionar médico pierde protagonismo permitiendo la incorporación y circulación de otros saberes, de otras disciplinas y se introduce el concepto de trabajo en equipo. De esta manera aparece en el diseño de estrategias terapéuticas, la posibilidad de un trabajo interdisciplinario e interprofesional (Galende, 1994).

La experiencia rionegrina de desmanicomialización amplía el espectro de intervención y fue clave la incorporación de los recursos no profesionales o no convencionales para generar estrategias terapéuticas en la comunidad. “Se consideraban recursos no convencionales a aquellos que no poseían la formación académica tradicional, y que por su historia, afinidad, sensibilidad y cercanía a las problemáticas de salud mental poseían una capacidad potencial para intervenir sobre estas” (Cohen y Natella, 2013, p.173).

Al incluir la dimensión social en el campo de la salud mental se hace necesario también el trabajo con otras instituciones y sectores. No hay ninguna institución que pueda dar respuesta a toda la problemática que hoy en día pertenece al campo de la salud mental y para esto es imprescindible la colaboración de otros sectores como educación, justicia, trabajo, entre otros. El trabajo interinstitucional e intersectorial es una modalidad operativa fundamental no solo porque amplía la cobertura de prestaciones y garantiza la continuidad de cuidados sino que implica asumir y distribuir la responsabilidad social acerca de la salud mental (Cohen y Natella, 2013).

Es decir que al incorporar las problemáticas de salud mental en el tejido social en el que se originan, se hace imprescindible ampliar las fronteras que generan las intervenciones, entendiendo que las mismas tienen como objetivo el bienestar general.

2.1.1 La salud mental como práctica reparadora del sufrimiento mental

Galende (1994) plantea que la cultura es la que engendra una concepción del daño mental y los modos para abordarla. Establece una correspondencia entre los modos sociales en que se representa la subjetividad y sus desviaciones respecto de la norma y las respuestas que una disciplina efectuará a esa representación. Explica que toda disciplina:

(...) es un sector acotado y específico de práctica social, que genera las teorías que han de corresponderse con esas prácticas y las legitima. Asimismo, una práctica es en general un proceso de transformaciones efectuado por un trabajo humano determinado, específico. Las técnicas, puestas en acción por la práctica, son modos de operación, con instrumentos diversos (aún, por ejemplo, la palabra) sobre un campo o sector de la realidad, y tendiente a su transformación. De este modo, la disciplina define las prácticas y técnicas que se realicen ya que la técnica requiere de los saberes que la disciplina formula o formaliza (p. 86).

El mismo autor agrega que las concepciones psiquiátricas en tanto no reparadoras del daño mental, plantean un divorcio entre teoría y práctica, ya que la teoría no es la que fundamenta el encierro y el tratamiento represivo de los enfermos, sino que legitima una práctica social de segregación y exclusión de las personas con padecimiento mental.

“A partir de la noción de trastorno mental, la psiquiatría como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas, específicamente las de encierro institucional.” (Faraone, 2013, p.32). Las teorías psiquiátricas están fuertemente ligadas al objetivismo de la mirada clínica, esta visión facilita la clasificación según los signos de las diferentes enfermedades instalando una vigilancia tendiente a juzgar las conductas anómalas y adoctrinarlas.

Al respecto Basaglia (1970) refiere que:

(...) en su diagnóstico, el psiquiatra se reviste de un poder y de una terminología técnica para sancionar lo que la sociedad ya ha producido excluyendo a quien no ha entrado en el juego del sistema. Sin embargo, esta sanción está desprovista de todo valor terapéutico, puesto que se contenta con operar una distinción entre lo que es normal y lo que no lo es, donde la norma no es un concepto elástico y discutible, sino algo fijo y estrechamente ligado a los valores del médico y de la sociedad de la cual es representativa (p. 160).

Frente a las demandas de atención se responde en forma acotada brindando una respuesta asistencial y desde una sola disciplina. “(...) toda respuesta técnica a estos problemas será siempre parcial y tendrá el riesgo de ser encubridora de las demás dimensiones en juego” (Galende, 1994, p. 191).

El paciente institucionalizado pierde el derecho de decidir sobre su atención estableciéndose entre profesional y paciente una relación bipersonal. Se produce un efecto de conversión del daño en enfermedad produciendo la objetivación del mismo para legitimar una intervención técnica revelando una fuerte ideología de segregación y custodia (Galende, 1997).

La demanda en salud mental se amplía al relacionar el sufrimiento mental con los avatares de la vida, así surgen nuevas formas subjetivas de padecimiento como producto del avance y afianzamiento de políticas economicistas neoconservadoras. Esta situación cuestionó los criterios tradicionales de asistencia, planteando la inclusión de nuevos actores y prácticas no ligadas a la primacía de la enfermedad mental sino a la realización de ideales de bienestar psíquico. “(...) el profesional de la salud mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración - exclusión social” (Galende, 1997, p. 35).

Esto implica que los estados y sus políticas asuman orgánicamente este nuevo campo. Plantea que en los criterios de la salud mental están comprendidas las prácticas reparadoras y preventivas del sufrimiento mental. Galende (1997) afirma que:

La asunción de las consignas de prevención y promoción de valores en salud mental, su inclusión en los criterios de la atención primaria de la salud, la oposición a los internamientos y la creación de redes comunitarias para la atención, fue haciendo necesarios los criterios de un abordaje que desborda los de una sola disciplina, llevando a que las acciones deban pensarse interdisciplinariamente, intersectorialmente, entre diversos profesionales y contando con las relaciones y la acción conjunta entre distintas instituciones (p. 20).

El fin último de estos procesos reparatorios es devolver el protagonismo a las personas con sufrimiento mental instaurando un trato menos jerarquizado. Las políticas de salud mental proponen dar una respuesta diferente en tanto tiende a no individualizar, no objetivar, sino a intervenir sobre los conjuntos sociales con intervenciones que apunten a fortalecer el compromiso comunitario y la solidaridad grupal.

Se plasma aquí un giro en las prácticas relacionadas con los procesos de atención en las personas con padecimiento mental. La irrupción de la salud mental en estos procesos permite visualizar la polaridad entre las prácticas asistenciales clásicas y las prácticas relacionadas con este campo. Entre ambas concepciones se establecen formas diferenciadas de circulación de la relación entre poder y saber.

2.1.2 La desmanicomialización: el desmontaje de la lógica asilar en la provincia de Río Negro, un soporte para la reforma en salud mental de Chubut

El modelo rionegrino de desmanicomialización trazó el camino de la reforma en salud mental en Chubut no solo por ser la provincia vecina sino por la importancia de este proceso en el país y la región.

El punto de partida de dicha transformación yace en los inicios de la democracia, escenario que facilita el desarrollo de nuevas prácticas y servicios, el cierre del Hospital Neuropsiquiátrico de Allen en el año 1988 y la sanción de la ley N° 2440 en el año 1991 (Cohen y Natella, 2013).

En 1985 se creó el Programa Provincial de Salud Mental con sede en el Ministerio de Salud cuyos ejes eran elaborar los lineamientos generales de salud mental para el corto plazo, junto a las misiones y funciones de un servicio de salud mental; aún no estaba proyectado el cierre del manicomio.

Los autores destacan que hasta el momento la cultura sanitaria de la provincia era la espera de los especialistas proveniente de los hospitales centrales de mayor complejidad más cercanos, para ser atendidos. “El aprendizaje mostró que el mecanismo de la referencia y contra-referencia promovía la interrupción y la discontinuidad del tratamiento y generaba verdaderos obstáculos para la rehabilitación” (Cohen y Natella, 2013, p.29).

El desafío por esos tiempos giraba en torno a fortalecer y capacitar al personal local para que brindaran atención a las personas en crisis, posibilitando la permanencia de las mismas en la comunidad, para lo cual se habilitaron camas en los hospitales generales en todo el territorio provincial.

En el año 1986, integrantes del Servicio de Salud Mental de un Hospital General del Alto Valle conformaron un equipo móvil de apoyo para las externaciones de personas internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen, con el objetivo de reintegrarlos en su comunidad de origen. Esta experiencia es el precedente de la atención en crisis y las estrategias de externación, pilares de la reforma rionegrina.

En 1988, el Departamento de Salud Mental de Río Negro denominó desmanicomialización al proceso de transformación del sistema de salud mental en la provincia, luego de evaluar y concluir que el manicomio no era reformable en tanto no aseguraba el respeto por los derechos humanos. En octubre de ese mismo año el Hospital de Allen cierra sus puertas como tal y se

reconvierte en un Hospital General. El cierre de la institución asilar le da sentido y surgimiento a la palabra desmanicomialización.

En 1991 se sanciona la ley N° 2440 “Ley de promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental”.

“La desmanicomialización fue entendida como un proceso complejo, biaxial, que comprendió simultáneamente dos dimensiones: la de los valores y la técnico- metodológica” (Cohen y Natella, 2013, p.117).

Los valores prioritarios cuestionaban el trato autoritario, de control y abusivo de las instituciones asilares. Al mismo tiempo promocionaban el respeto, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la empatía, el servicio al individuo y la comunidad, las potencialidades, la cercanía y el afecto como procesos terapéuticos y el trabajo en equipo. Estos valores fueron entendidos como factores terapéuticos en sí mismos y constitutivos de las intervenciones. La dimensión técnico-metodológica fue la puesta en acto de estos valores y principios.

La desmanicomialización se constituye entonces como una política de descentralización sanitaria y social. El contexto es “lo comunitario” como valor y estrategia, como espacio social de intercambio y de desarrollo de las potencialidades (Cohen y Natella, 2013).

La descentralización no como mero cambio de escenario sino como redistribución de poder efectivo y concreto en los ámbitos políticos, técnico económico, administrativo, entre otros. El camino de la inclusión de la salud mental al sistema general de salud extendiéndose a los hospitales generales y centros de salud junto a la estrategia de atención en crisis del sufrimiento mental, fue lo que abrió la puerta hacia las problemáticas psicosociales en los espacios de salud (problemáticas de consumo, violencia, desnutrición infantil, adultos mayores, etc.), favoreciendo el enfoque integrador de la personas. La atención en crisis se entiende como modo de reorganización de la existencia.

Cohen y Natella (2013) explican que el desarrollo del enfoque integral de la salud mental contenido en la desmanicomialización se erige a partir de:

- La atención de necesidades sociales, psicológicas y biológicas, dimensiones de intervención del trabajador de salud mental para favorecer el bienestar. Se expandieron las intervenciones hacia los determinantes sociales del sufrimiento mental, transformándose el contexto, en objeto a estudiar e intervenir.

- La integración de los saberes como síntesis superadora, entendiendo que tradicionalmente el componente bio-psico-social se traducía en intervenciones aisladas propias de las disciplinas de la medicina, psicología y trabajo social respectivamente. Esta escisión de las intervenciones, producto de la falta de socialización de los saberes y sus limitaciones, crea dificultades operativas restringiendo la accesibilidad al servicio de salud. La desmanicomialización rompe con la jerarquía de las disciplinas promoviendo la simetría y la horizontalización de los saberes relativizando su importancia a cada momento y eficacia.
- La articulación de los servicios y efectores en red e integración de las prestaciones de prevención, promoción, tratamiento y de rehabilitación.

El soporte en el que se apoya el Programa Rionegrino de Salud Mental es el modo curativo promocional de José Schiappa Pietra (1992). Cohen y Natella plantean la existencia de dos vertientes en el “arte de curar”: una es de cuidado y protección y la otra es de promoción. “El cuidado inherente a toda intervención en salud, si no incluye el componente promocional -el desarrollo humano- fácilmente puede convertir los aspectos de acompañamiento y protección en intervenciones de control y custodia” (Cohen y Natella, 2013, p.119).

Lo promocional implica impulsar a las personas hacia su máxima posibilidad de avance y desarrollo. El individuo debe constituirse como actor de su proyecto de vida por lo cual se hace necesario que el sistema de salud mental sea democrático, comunitario y solidario. Esta visión de lo promocional en salud mental debe atravesar a todos los actores de la comunidad.

2.2 Concepciones sobre la Atención Primaria de la Salud, la vigencia de un debate

Mario Rovere (2012) explica que la APS se convirtió en uno de los elementos más estables de las propuestas de reformas y de los sistemas sanitarios en el mundo; la mayoría de los países incluyen en los discursos relacionados con la salud alguna referencia a la APS, sea relacionada con la descentralización de actividades, sustentada en la equidad, para promover paquetes básicos, por reducción de costos, entre otras. El mismo autor relaciona la vigencia del concepto con lo difuso del término que contempla significados y propuestas distintas, complementarias y hasta contrapuestas.

La Conferencia Internacional sobre APS fue resultado de un proceso de maduración de experiencias y debates teóricos que concluyeron a que en 1978 se acordara la definición de la Atención Primaria de Salud como estrategia de salud para dar respuesta a los problemas de

salud existentes en los países en desarrollo, reconociendo la relación entre salud, entorno y desarrollo. Fue así que la APS se difundió e institucionalizó mundialmente, considerándola como:

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 coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema de salud, del que constituye la función central y en el núcleo principal (...) (OMS, 1978).

Desde entonces cambios importantes sucedieron en el contexto mundial, así como transformaciones en la conceptualización de la estrategia y en la implementación de la misma. A 25 años de Alma Ata, Tejada de Rivero (2003) analiza la distorsión que tuvo el término “primary health care” al ser traducido al español por “atención primaria de salud”, base de posteriores confusiones, sosteniendo que la correcta traducción hubiera sido “cuidado integral de la salud” (denotando un enfoque multisectorial, multidisciplinario, promocional, preventivo, participativo y descentralizado). Explica que “primario” además de relacionarlo con “lo principal o primero en orden de grado” (espíritu de Alma Ata) también se lo vinculó con lo “primitivo o poco civilizado”. Señala que al hablar de “atención” y no de “cuidado”, se perdió el sentido integral e intersectorial del término y se redujo la APS a la atención de la enfermedad, denotando características de verticalidad y asimetría y muchas veces entendida como APS selectiva, para algunos problemas o “primitiva” para los pobres. Rescata el sentido de la atención primaria de salud en la Declaración, como núcleo de todo el sistema de salud y no como elemento aislado ni reducida a la atención periférica o de bajo costo para los pobres. Con la atención primaria se busca cambiar la estructura de los sistemas de salud tradicionales, “propiciando el desarrollo de un sistema con base ancha que pueda alcanzar a todos y que pueda ser complementado con niveles de complejidad creciente, manteniendo siempre el foco de su atención en el bienestar de la población (...)” (Torres Goitia, 2008, p. 185).

En la década de los 80’ los “Sistemas Locales de Salud” (SILOS) fue un modelo pensado por la OPS como alternativa a la crisis económica regional. Se definió a los mismos como “(...) un conjunto interrelacionado de recursos de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una región geográfica específica, cuyos límites son casi

siempre los de una o varias unidades geopolíticas: delegaciones municipales, municipios o estados” (Gutiérrez, 1991, p.618).

Es decir que estos sistemas buscaban profundizar los aspectos básicos de la APS, jerarquizando como estrategia la acción local para conseguir adecuar la atención a las demandas y necesidades de la población involucrada (Chiara y Ariovich, 2013).

Mario Testa expresa que “la contextualización de la atención primaria está dada, en primera instancia por el sistema de salud en que se encuentra inserta” (Testa, 2004, p.161). Establece una diferencia entre los países que lograron conformar un sistema de atención de salud y los que no. En los primeros donde existe una red de establecimientos, con capacidad resolutive creciente, relacionados entre sí por mecanismos de referencia, la atención primaria es el primer eslabón de la cadena de atención, resolviendo los problemas de menor complejidad técnica y orientando los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. En los países que no lograron un sistema de atención de salud regionalizado, la atención primaria se convierte en una atención primitiva de salud, “en un servicio de segunda categoría” y muchas veces estableciéndose como el único servicio disponible (Testa, 2004).

Los contenidos de la APS pueden analizarse desde tres perspectivas: como estrategia, como nivel de atención o como programa; clarificación pertinente ya que son niveles que no se excluyen mutuamente, aunque predomine una u otra mirada, pero en ocasiones bajo el mismo término APS se describen aspectos distintos (G.I.D.A.P.S., 1988).

La APS como estrategia es pensarla como un medio para alcanzar un fin (salud para todos) e implica una reorganización del sistema de salud en su conjunto, diseñados y coordinados para poder atender a toda la población, ser accesibles, proporcionar todos los cuidados a su alcance con una adecuada redistribución de recursos humanos, materiales y financieros y estar abiertos a la articulación intersectorial y a la participación social. Conlleva un compromiso desde un nivel político en realizar acciones para equiparar desigualdades en la población en relación a su salud (G.I.D.A.P.S., 1988).

La APS como nivel de atención implica que al hablar de “nivel de atención” se piense en un sistema de salud organizado en niveles para prestar servicios, de modo que a medida que las problemáticas se complejizan se abren otras instancias para darles respuesta (G.I.D.A.P.S., 1988). De este modo la APS, como forma de organización técnico administrativa, sería el equivalente a un primer nivel de atención, como “puerta de entrada al sistema”, como el

contacto inicial de la población con el sistema sanitario, cuya característica descentralizada tiene el objetivo de aumentar la accesibilidad de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria. Esta acepción de la APS “llegó a interpretarse como el “techo” o límite máximo de la atención, lo que suponía limitar el acceso y degradar la propuesta en una medicina para pobres” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005, p.150).

Torres Goitia (2008) respecto a la atención primaria de salud explica:

(...) es primaria en el sentido de principal y prioritaria. El que se ejerza mayormente por un primer nivel, no la limita a ello, es núcleo del sistema en su conjunto, que incluye a los hospitales como instancias indispensables para resolver los problemas de mayor complejidad. Es el núcleo principal del desarrollo social (p.184).

Por último, la APS como programa son acciones sanitarias esenciales (inmunizaciones, medicamentos esenciales, saneamiento básico, entre otras) orientadas a proteger a grupos poblacionales con necesidades básicas insatisfechas que forman grupos de riesgo significativo (G.I.D.A.P.S., 1988). Esto no implica que la atención deba limitarse a esos grupos, sino que se plantea la necesidad de ampliar la cobertura de programas y servicios de salud. Esta postura fue objeto de debate entre los que sostienen el diseño de programas “focalizados” para grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad y los que consideran que al relacionar la estrategia de APS con programas focalizados se legitima la perspectiva selectiva de la misma, alejándose del principio de universalidad de Alma Ata, donde la atención debía abarcar a toda la población (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005).

En un documento de la OPS/OMS (2007) se intenta recuperar el legado de Alma Ata y se expresa un compromiso de todos los gobiernos de las Américas para renovar y fortalecer la APS, para que desempeñe un papel central en la transformación de los sistemas de salud de la Región, entendiendo que de este modo se logrará una atención universal, integral e integrada. La nueva definición no difiere de la Declaración de Alma Ata, sino que “se centra en el sistema público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable a todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad” (OPS/OMS, 2007, p.8). En el mismo documento se expresa las discrepancias que continúan existiendo respecto al significado de la APS. En Europa y en países industrializados la APS se relaciona con el primer nivel de atención, llamándola “atención primaria”, mientras que en los países en vías de desarrollo se

limitó a una APS selectiva, asociada con intervenciones focalizadas a poblaciones de riesgo. Pocos son los que han aplicado una APS integral a nivel nacional, aunque hay tendencias de ciertos países en esta dirección.

Se acuerda con lo que plantea el texto que “el término “atención primaria” se refiere al primer contacto con los servicios de salud y a la continuidad de la atención. Se considera que la atención primaria es sólo un aspecto de la Atención Primaria de la Salud” (OMS/OPS, 2007, p.3).

Rovere (2012) brinda herramientas, a través de la discusión de puntos claves de la atención primaria de la salud, para reflexionar sobre las perspectivas de la APS. El mismo autor señala:

La deconstrucción de la APS es una tarea imprescindible para perfilarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren (...) evaluar sus principales componentes, despejar sus equívocos, desidealizar sus enunciados, enfrentar todo intento de canibalizar su terminología, armar campos de fuerza en donde quede claro cuáles son los actores y cómo se posicionan respecto al derecho a la salud, a la inclusión social y a profundizar la equidad, desarrollar estrategias en consecuencia y pensar nuevas reglas de juego (p. 340).

Luego de 35 años de Alma Ata se efectuaron reiterados encuentros y debates para analizar motivos por los cuales no se pudo alcanzar los objetivos propuestos en aquella Declaración. Se concuerda con las reflexiones de Oscar Feo (2012) respecto a que si se quiere recuperar “el ideal de Salud para Todos” se necesita el compromiso político de los gobiernos con desarrollo de políticas públicas integrales e intersectoriales, comprender la determinación social del proceso salud-enfermedad, modificaciones en la formación de profesionales y técnicos de la salud para desarrollar nuevos modelos de atención, cuestionando el pensamiento médico hegemónico, centrado en la enfermedad y en la necesidad de que la población participe en decisiones concernientes a su salud.

A los fines de esta investigación se hizo necesario desarrollar y conocer estos conceptos, lineamientos centrales contemplados en la propuesta de salud provincial. Estos aspectos permiten explorar cómo los mismos se ponen en juego al momento de regular y administrar las prácticas y de este modo llegar a aproximaciones respecto a la perspectiva predominante sobre APS.

La puesta en acto de los valores, principios y elementos esenciales de la APS

Entre los valores, principios y elementos de la atención primaria se seleccionaron aquellos visualizados como relevantes para el análisis de los datos recabados en esta investigación, destacando que el sentido de los mismos se enriquece cuando interactúan entre ellos.

Equidad: Es uno de los valores centrales en la estrategia de APS y se convierte en una exigencia moral y una obligación legal y social; cabe aclarar que el debate sobre este concepto merece un desarrollo teórico que excederían los fines de este trabajo.

Se considera la equidad en salud como “la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales” (OPS/OMS, 2007, p.9). La equidad en servicios de salud se refiere a la ausencia de diferencias en el acceso a los servicios para iguales necesidades en salud y aumento en el acceso u otros recursos para grupos con mayores necesidades de salud sea en lo social, demográfico o geográfico (OPS, 2008).

Sin embargo, existen diferentes consideraciones en relación a este punto controvertido en relación a salud. Amartya Sen (2002) plantea a la equidad como un concepto multidimensional que excede a la prestación y distribución de la atención sanitaria. Amplía la mirada hacia la posibilidad de lograr una buena salud, la justicia de los procesos en tanto ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria, así como también integrar la salud a los temas de justicia social, enmarcándola dentro de la equidad global.

Justamente las profundas desigualdades en materia de salud fueron disparadores para debatir en Alma Ata, un cambio en el sistema de atención sanitario, donde la equidad fue y sigue siendo eje de discusión. Aunque el objetivo de los servicios sanitarios es lograr la equidad en materia de salud, muchas veces las desigualdades en este plano están asociadas con condiciones sociales, cuyo control excede al sector sanitario, por lo cual insta a intervenciones intersectoriales y a instancias gubernamentales (OPS, 2008).

Intersectorialidad: Si se asume que la salud no existe de modo aislado, sino que es producto de una realidad social compleja, influenciada por factores ambientales, sociales y económicos, un abordaje intersectorial es un principio y se transforma en una herramienta imprescindible para implementar una estrategia de APS.

La Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) hace referencia a la importancia de que otros sectores sociales y económicos, además del sanitario, participen en el logro de la salud de las comunidades e insta al trabajo con ellos, ya que ese objetivo no puede ser alcanzado con la acción unilateral del sector salud.

Al respecto Rovere planea que “La acción intersectorial no puede ser una simple convocatoria a que nos ayuden desde otros sectores (...) supone establecer alianzas y coaliciones de beneficio recíproco entre los sectores” (Rovere, 2006, p.26).

La intersectorialidad permite incluir otros recursos que existen por fuera del sistema formal de salud, como educación, trabajo, organizaciones barriales, justicia, medio ambiente, entre otros. “Este principio se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud (...)” (OMS/OPS, 2007).

Considerar este aspecto implica intentar comprender cuál es el modo de trabajo intersectorial que se desarrolla y cómo se refleja en las prácticas.

Participación Comunitaria: Otro de los principios claves y controvertidos de la APS, es el de la participación comunitaria, concepto bajo el cual se engloban aspectos heterogéneos.

En los países del Tercer Mundo, durante la década del 50’, la población y especialmente la rural, comienza a ser convocada para involucrarse en diferentes acciones tendientes a favorecer el desarrollo local. Es así como la participación comunitaria encuentra diferentes argumentaciones, como por ejemplo la colaboración de la población para disminuir costos en salud en países que no tenían recursos económicos suficientes. Además, surgieron cuestiones éticas asociadas a la importancia de visualizar a la población como sujeto de derecho a establecer sus prioridades, elegir opciones e intervenir en las decisiones sobre hechos en relación a su salud. También razones políticas ubicaron a la participación como un fin en sí misma, es decir como participación ciudadana, donde la comunidad interviene en decisiones esenciales para la sociedad. Respecto al ámbito sanitario, luego de la posguerra, se sostiene la importancia de favorecer la participación comunitaria en los programas de salud (De Roux, 1992).

La Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) planteaba “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de

salud”. Es en esta conferencia que se legitima la participación comunitaria como un derecho de la población para intervenir sobre su salud y como necesaria para que la salud se transforme en patrimonio social, es decir empoderar a los individuos y a las comunidades, involucrarlas, hacerlas responsables en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud. Sin embargo, la idea original fue objeto de diferentes interpretaciones, abarcando el simple acatamiento de órdenes médicas, prestación de mano de obra barata para disminuir costos o un verdadero proceso de participación donde la comunidad aporte su visión de las necesidades, prioridades y toma de decisiones.

La participación comunitaria es visualizada como uno de los lineamientos esenciales de la salud mental comunitaria por lo cual es necesario, para este trabajo, considerar cuál es la significación que se le da al protagonismo de la población al momento de instrumentar los cuidados.

La OPS define a la participación como el proceso a través del cual las personas y sus familias asumen responsabilidades sobre salud y bienestar propios, de su colectividad y contribuyen al desarrollo económico propio y comunitario; de este modo conocen mejor su propia situación y encuentran incentivos para la resolución de problemas comunes (Andina y Doval, 2008).

Se acuerda con Torres Goitia quien respecto a la participación popular expresa “(...) se entiende que los servicios de salud se integren con la gente, la reconozcan como sujeto y trabajen a su servicio de tal forma que la población, al asumir un papel protagónico, no sea utilizada como mano de obra barata” (Torres Goitia, 2008, p.185). Sin embargo, los servicios muchas veces son organizados sin tener en cuenta las necesidades sentidas por la población, a la que se convoca luego de haber decidido las acciones por el personal técnico. Al respecto De Roux (1992) señala como uno de los obstáculos para la incorporación de instancias comunitarias de participación, la concentración del poder en los expertos de la salud, “la verticalidad y la estructura jerarquizada de los servicios de salud”. Rovere invita a reflexionar sobre la posición de los trabajadores de salud en la participación, considerando que la lógica de la participación exige en primer instancia cambios en el propio personal de salud, para lo cual es pertinente el interrogante que el autor expresa al respecto “(...) ¿Cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe? (...)” (Rovere, 2006, p.23).

Aguilar Idañes postula diferentes niveles en los que puede instrumentarse la participación comunitaria, de menor a mayor intensidad, transitando desde una participación como “oferta/invitación”, en la que el objetivo es que la comunidad participe en decisiones tomadas desde arriba, a la “autogestión” como el grado más alto de participación (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

Al respecto De Roux (1992) refiere que cuando la participación comunitaria se circunscribe al uso de servicios disponibles, a la colaboración de la población en acciones puntuales pero decididas por la institución que brinda el servicio, la misma tiende a agotarse en el corto plazo sino es estimulada continuamente desde las instituciones de salud.

Accesibilidad: Siendo este un elemento central para la mejora de la calidad de atención de salud en la provincia es imprescindible conocer qué puntos fueron prioritarios en la aplicabilidad del mismo.

El modo en que la comunidad accede al sistema sanitario fue un aspecto frecuentemente estudiado y analizado, cuestión que admite diversas interpretaciones y en el que intervienen diversos factores, por lo cual en este apartado se esbozarán algunas ideas centrales que aporten a su comprensión.

La cobertura y el acceso universal son la base de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se refiere a que el manejo financiero y organizacional sea suficiente para cubrir las necesidades de las personas, eliminando la capacidad de pago como una de las barreras para acceder al sistema sanitario. La accesibilidad implica “la ausencia de barreras a la atención de salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género” (OPS/OMS, 2007, p.12).

La ampliación de los servicios de salud cerca de las comunidades es un avance en beneficio de la mejora de su salud, sin embargo, ciertas barreras siguen influenciando las prácticas sanitarias. Además de estar cerca de la gente se requiere generar nuevas formas de trabajo, que supere la visión exclusivamente curativa. Muchas veces entre los servicios de salud y la población surgen distintos aspectos que dificultan el acceso real al sistema sanitario produciendo mayor vulnerabilidad; entre ellos se destacan la organización de los servicios y sus barreras administrativas, las diferencias culturales entre los profesionales y la población que obstaculiza la comprensión de las necesidades sentidas por la gente, distancias geográficas

entre los servicios de salud y la población que atiende, la disponibilidad y disposición del personal (inestabilidad del recurso humano, características personales de los miembros de los equipos, como omnipotencia, falta de empatía, entre otras), dificultad en la capacidad para resolver situaciones del servicio de salud para ofrecer atención y respuestas efectivas, entre otras (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005).

Los aportes de Ariovich y Jiménez (2014) contribuyen a la comprensión de esta problemática, al explicar las dimensiones involucradas en el acceso a la salud como son la *disponibilidad* (existencia de recursos físicos y humanos suficientes), la *accesibilidad* (medio para acceder a la atención) y la *aceptabilidad* (servicios deben dar respuesta a las necesidades y valores sentidos por la población).

Es decir que, en el acceso al sistema sanitario, los autores destacan la importancia de que las personas puedan obtener los servicios necesarios en el momento y lugar que lo requieran (adecuada localización geográfica, oferta de especialidades, amplitud horaria de atención, flexibilidad en la modalidad de turnos). Las prestaciones no sólo deben contemplar los diferentes elementos involucrados en el proceso de salud-enfermedad, sino que también deben tener un grado de aceptabilidad en función de las expectativas de las personas. Asimismo, se vuelve necesario por parte del sistema sanitario el seguimiento de los usuarios brindando tratamientos y cuidados a lo largo del tiempo, contando con adecuados mecanismos de referencia y contra-referencia (Ariovich y Jiménez, 2014).

Prevención / Promoción de la Salud: En Ottawa, Canadá se celebró en 1986 la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud, planteando la “Carta de Ottawa”, documento que constituye uno de los marcos de referencia más importante sobre promoción de la salud y donde se originan las bases conceptuales que abrieron camino a los sucesivos debates acaecidos con cada nueva conferencia en relación a la temática.

La promoción de la salud como tal es una estrategia que consiste en “promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986). Se otorga un papel fundamental al empoderamiento de las personas para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre los factores que la determinan. Se plantea la salud, no como el objetivo, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana. Facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. Se

fundamentó en una visión holística y positiva de la salud, asociando la salud con el bienestar y la calidad de vida involucrando a todos los sectores y a los sistemas sociales, culturales y económicos. La estrategia propone la creación de ambientes y políticas públicas saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

La estrategia de APS en cualquiera de sus niveles de atención busca dar una respuesta “integral” a los problemas de salud, lo que requiere la jerarquización de las actividades de prevención y promoción, enfatizando un enfoque participativo. Al respecto Stolkiner (1988) plantea la existencia de dos grandes orientaciones de acciones de prevención. Una de ellas mantiene su raíz positivista basado en el modelo de las enfermedades de transmisión con vectores tendientes al mantenimiento del orden social, denominada “Prevención Normativa”. Por oposición explica un modo de prevención “no normatizante” que se dirige al “desanudamiento de situaciones sociales” basado en la permanente construcción del conocimiento. Las acciones de prevención tienen como objetivo lograr que las poblaciones afectadas operen en el cambio de situaciones de malestar, transformando su significación social.

Paulo Buss (2006) plantea que un punto crítico es la línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, expresa que a nivel teórico esta diferenciación es más precisa que en las prácticas. Este autor considera que:

El enfoque de la promoción de la salud es más amplio y englobador procurando identificar y enfrentar los macro determinantes del proceso salud-enfermedad, y buscando transformarlos favorablemente en una orientación hacia la salud. Ya la prevención de las enfermedades buscaría que los individuos permaneciesen exentos de la misma (p.39).

Czeresnia (2006) explica que la base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno y su objetivo radica en el control de la transmisión de enfermedades, la reducción del riesgo u otros agravios a la salud. Desde esta óptica es desde donde se planifican los proyectos de prevención y educación en salud mediante recomendaciones normativas del cambio de hábitos o divulgación de información científica. En relación a la promoción de la salud la autora plantea que las estrategias deben enfatizar la transformación de condiciones de vida y de trabajo que componen la estructura subyacente de los problemas de salud, haciendo énfasis en un necesario abordaje intersectorial.

La idea de promoción se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. Promoción en ese sentido va más allá de una aplicación técnica y normativa, aceptándose que no basta conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar mecanismos para su control (p.57).

Interdisciplina: El abordaje interdisciplinario en los espacios comunitarios, en los que confluyen diferentes disciplinas con un propósito común, es un desafío permanente si lo que se pretende es la construcción de una visión conceptual integral, que no se reduzca a la mera superposición de miradas, asumiendo la complejidad del objeto de estudio como también la imposibilidad de abordarlo desde una sola disciplina.

Es importante diferenciar los términos de multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina.

Se entiende como enfoque multidisciplinario la simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, agrupación de varias disciplinas, en el que cada una se ocupa de su especialidad sin que implique una transformación de las disciplinas involucradas (Elichiry, 1987).

La perspectiva interdisciplinaria conlleva a una crítica del paradigma hegemónico positivista, a cuestionar la causalidad lineal para comprender al sujeto y reconocer que las disciplinas son una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos (Stolkiner, 1999). Stolkiner relaciona el nacimiento de la interdisciplina con la “indisciplina de los problemas” que en la realidad se presentan como “demandas complejas y difusas” dando lugar a prácticas sociales contradictorias con marcos teóricos heterogéneos (Stolkiner, 2005).

Se acuerda con lo que plantea Solitario, Garbus y Stolkiner respecto a que “la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Solitario et al., 2007, p. 66).

Se pretende conocer el modo en que los actores involucrados en esta investigación interrogan su propio saber, cuáles son las interferencias y cohesiones de cada uno, al momento de pensar un abordaje conjunto.

Las mismas autoras resaltan que uno de los principales obstáculos para la constitución de equipos interdisciplinarios es la hegemonía entre los campos disciplinares, que implica también renunciar al poder disciplinario. Expresan la importancia de que los miembros de los equipos “puedan sostener un posicionamiento “indisciplinado” con sus disciplinas y con los modelos hegemónicos de práctica profesional en que se formaron” (Solitario et al., 2007, p.67).

Stolkiner (1999) destaca que la inclusión de los trabajadores en espacios de encuentro como ateneos y reuniones, se vuelve indispensables al pensar un trabajo interdisciplinario e insta a que los equipos que trabajan con comunidades reflexionen respecto a la forma de integrar los “saberes que no son disciplinarios”. Respecto a la transdisciplina, plantea una crítica de aquellas posturas teóricas que la consideran como una instancia superadora de la interdisciplina, en la que se esfumarían los límites disciplinarios dando como resultado un “saber mega-explicativo”.

2.3 La articulación entre la estrategia de APS y Salud Mental Comunitaria como soporte de la desinstitucionalización

Luego de Alma Ata comienzan los intentos de relacionar las sugerencias establecidas para salud con los problemas específicos que aborda salud mental. De este modo las metas de una política de salud mental, encuentran respaldo en los postulados de la atención primaria de la salud (Galende, 1994).

La Declaración de Caracas (OPS, 1990) marca lineamientos de la reforma psiquiátrica en América Latina, convirtiéndose en un antecedente primordial para el desarrollo de nuevas políticas de salud mental. Propone el desarrollo de una atención psiquiátrica vinculada a la APS e inscripta en el marco del sistema sanitario local.

La articulación de una política de atención primaria e intervención comunitaria son alternativas a la institucionalización psiquiátrica, en donde la comunidad adquiere protagonismo en la definición y tratamiento de sus propios problemas de salud y enfermedad. El cambio de modelo supone la ampliación del campo de trabajo de los efectores de salud, la incorporación de nuevos modelos y otras estrategias de atención. Con la prolongación de acciones principalmente fuera del hospital también se amplía el concepto de enfermedad al incluir el componente salud que trae aparejado la realización de programas de actividades de preservación y promoción de la salud.

El concepto de promoción de la salud pone en cuestionamiento el propio concepto de salud, en tanto no debe quedar reducido a una mera definición científica. Al respecto Czeresnia (2006) expresa:

(...) al considerarse salud en su significado pleno, se está lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida. Promover la vida en sus múltiples dimensiones abarca, por un lado, acciones en el ámbito global de un estado y, por otro, la singularidad y autonomía de los sujetos, lo que no puede ser imputado a la responsabilidad de un área de conocimiento y prácticas (p.55).

En referencia a la integración de la salud mental a la estrategia de APS, Galende (1994) plantea que este desarrollo implica un compromiso de tres direcciones:

(...) integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones sociales de bienestar general, físico, mental, social; integrar a la salud mental en particular a las políticas de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo los cuidados de la enfermedad, sino la promoción de la salud; e integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión de sus problemas de salud mental (p. 219).

Stolkiner y Solitario (2007) mencionan que la relación entre APS integral (como estrategia reordenadora sanitaria) y salud mental reconocía dos enfoques posibles:

- el de la promoción de la salud mental y la integración de la misma en acciones generales de salud, es decir la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de APS
- y la generación de programas de descentralización de los hospitales psiquiátricos, brindando una atención comunitaria a enfermedades crónicas, dirigidos a recuperar la capacidad de ciudadanía de los pacientes; resultado de la aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

Ambas articulaciones son interesantes, sin embargo, el primer enfoque es particularmente relevante para esta investigación, ya que permite reflejar las acciones implementadas desde el 2004 en el área de salud mental en la provincia de Chubut y que, al acordar con un modelo de orientación comunitaria, encuentra respaldo en la política sanitaria de APS.

Se acuerda con Galende (1994), respecto a que no se trata de lograr una estrategia de APS en salud mental, lo que en definitiva sería un modo selectivo de APS, es decir estrategias de acción sobre problemas previamente seleccionados, sino que el objetivo es alcanzar la integración de la salud mental en la estrategia de APS.

En salud mental no existen los niveles de complejidad técnicos propios del campo médico, sin embargo, es posible ubicar grados de dificultad para el manejo de ciertas personas. Para un programa comunitario de salud mental es necesario “tender a que la periferia sea

autosuficiente y abarcativa de todos los problemas, evitando la formación de estratos institucionales por gravedad o dificultad de manejo, y que puedan legitimar institucionalmente lo que Basaglia llamo “la carrera del enfermo mental” (Galende, 1994, p. 224).

Los marcos legales en salud mental tanto a nivel provincial como nacional legitiman el escenario para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria. La Ley Provincial de Salud Mental I N° 384/09 en su artículo 9°, explica que “uno de los objetivos de la Red Asistencial Socio Sanitaria es dar atención especial a las acciones en la red de atención primaria, con énfasis en los equipos de salud y otros promotores sociales (...)”. Considera en su artículo 28° el fortalecimiento de la salud mental a la estrategia de APS. “La autoridad de aplicación promoverá acciones de coordinación para fortalecer a la salud mental dentro de la estrategia de APS, integrando los conocimientos y las habilidades para el manejo de las problemáticas del campo.” (Ley I N° 384/09).

Por su parte la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10 en su artículo 9° explica que “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” (Ley N°26657/10).

Por último es válido mencionar que para potenciar la integración entre salud mental y la APS, la OMS y la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca) identificaron 10 principios, entre los que se destacan el compromiso del gobierno con la atención integral de la salud mental con normativas oficiales y legislaciones pertinentes, la formación de los trabajadores de atención primaria, el acompañamiento de la integración de la salud mental en la atención primaria por dispositivos de apoyo especializados y complementarios, la colaboración intersectorial, entre otros. Este documento acentúa la importancia de identificar y trabajar los obstáculos que dificultan esta articulación, entre otros, los que hacen a la diferencia de enfoques de la atención primaria y la salud mental, a la falta de capacitación, al desconocimiento y prejuicios hacia la enfermedad mental, a las dificultades de comunicación entre los trabajadores, a la orientación de la atención primaria hacia el tratamiento de los problemas agudos, a la brecha entre las prácticas y los postulados políticos o normativas jurídicas y las dificultades financieras (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009).

2.4 Modelos de atención y su relación con el desarrollo de prácticas sanitarias

Desarrollar los modelos de atención como herramienta teórico conceptual permite pensar la forma de abordaje de los padecimientos que tienen los trabajadores de salud.

Eduardo Menéndez entiende por Modelo “un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados como estructurales y cuyo valor es considerado heurístico (...)” (Menéndez, 1982, p.3).

El autor (1988) reconoce tres modelos básicos: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), Modelo Médico Alternativo y Modelo Médico de Atención basado en la Autoatención y define al primero como:

Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes con ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (p.451).

Entre los rasgos estructurales del MMH se destacan el biologismo, ahistoricidad, individualismo, asociabilidad, eficacia pragmática, salud enfermedad como mercancía, asimetría, autoritarismo, etc.; para los fines de este trabajo se consideran relevantes los dos primeros. El rasgo estructural dominante es el biologismo, ubicándose como garante de la científicidad del modelo y jerarquizándose respecto de otros saberes, subordinando otros niveles explicativos. De la mano de este concepto aparece la ausencia de historia en la enfermedad, considerada ésta como un hecho natural y biológico carente de rasgos sociales e históricos (Menéndez, 1988).

El Modelo Alternativo tiene como caracteres básicos la concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, la sociabilidad como condicionante de su eficacia, la estructuración asimétrica de la relación curador paciente, legitimación comunal o grupal, entre otras; lo que denota rasgos estructurales idénticos a los del MMH. En este modelo se integran prácticas y técnicas emergentes del MMH, como por ejemplo la medicina ayurvédica, acupuntura, técnicas espiritistas, quiropraxia, curadores espirituales de masa, tratamientos de belleza, etc. Sin embargo, en este conviven los rasgos estructurales del MMH y otros que se ofrecen como alternativas no complementarias al mismo (Menéndez, 1982).

El tercer agrupamiento lo conforma la Autoatención que “constituye una actividad constante, aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención.” (Menéndez, 2009, p.52). Se trata de un conjunto de representaciones y prácticas desarrolladas por los sujetos y/o grupos sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención; esto implica decidir la autoprescripción o tratamiento en forma autónoma. Al respecto Menéndez (2009) expresa:

La autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (p.52).

El autor explica (2009) que la autoatención puede ser confundida con la automedicación considerándola como un aspecto integrado a la autoatención. Manifiesta que este aspecto es identificado por la biomedicina como exclusivo de la autoatención provocando un reduccionismo en la misma, entendiendo que la automedicación no solo se refiere a la utilización autónoma de fármacos desarrollados por la industria farmacéutica sino a todas las sustancias (infusiones, otros) y actividades (ventosas, masajes) utilizadas por los grupos para actuar sobre sus padeceres o comportamientos.

Otro de los términos que se utiliza como equivalente de autoatención es el de autocuidado, considerado desde la biomedicina y desde el salubrismo como acciones desarrolladas por los individuos con el objeto de prevenir ciertos padecimientos y favorecer aspectos saludables. Considera que esta concepción así desarrollada por el sector salud es individualista y plantea la diferencia respecto de la autoatención dado que la misma tiene un carácter grupal y social por lo menos en términos referenciales.

La propuesta de autoatención se orienta hacia la salud colectiva, en tanto el concepto de autocuidado se enmarca dentro del estilo de vida poniendo gran énfasis en el aspecto individual, excluyendo las condiciones socioeconómicas de existencia.

Entiende las actividades de automedicación y autocuidado como partes del proceso de autoatención y no como equivalentes (Menéndez, 2009).

El mismo autor explica que el MMH preponderante en las prácticas agrupa tres tipos de funciones que se desarrollan en el mismo. En el primero engloba las funciones curativas,

preventivas y de mantenimiento; un segundo tipo se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y el tercer agrupamiento corresponde a la función económica ocupacional. El personal de salud según considera este autor se autoidentifica con las funciones de curación y prevención y resalta que los conjuntos sociales también las consideran así. Las funciones del segundo grupo están facilitadas por las actividades curativas y preventivas dado que estas funciones no aparecen manifiestamente como mecanismos de control o normalización sino como actos técnicos curativos. Esta opacidad es la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y saber médico (Menéndez, 1988).

Plantea que se da la conjunción de dos factores importantes, uno que corresponde a los caracteres estructurales del MMH que desencadena una práctica curativa, costosa y de eficacia reducida para el nuevo perfil epidemiológico y el otro el enfoque preventivista respecto a las patologías que más afectan la mortalidad, explicando que sus principales acciones se desarrollan en el ámbito de la atención primaria y se considera que el eje de las actividades debiera ser la comunidad. Aquí la posibilidad de solución aparece depositada en las prácticas sociales en la cual el médico no se reconoce ejerciendo la complejidad de su saber técnico. Consecuencia de ello es que en sociedades con alta producción de profesionales la atención primaria aparece como una alternativa ambivalente en tanto puede ser una forma de obtener ocupación con baja remuneración y la descalificación en la práctica de su saber profesional. Menéndez (2005) manifiesta que el saber médico, desde la perspectiva biomédica se arroga como patrimonio exclusivo el tratamiento de la enfermedad desestimando la posibilidad de que los padecimientos sean tratados por una variedad de formas de atención. Tuvieron un papel protagónico en este desarrollo las instituciones médicas específicas con gran apoyo de las instancias jurídicas. Este proceso no implica la eliminación de las otras formas de atención, sino que el saber y las instituciones médicas sopesan en su hegemonía respecto de los otros saberes que operan en relación a los padecimientos. Dan impulso a este proceso de monopolización del tratamiento las instituciones médicas, acciones de la sociedad dominante e incluso los sectores subalternos, debido a la significación social, económica, política que tiene el proceso salud-enfermedad para la reproducción biosocial de la sociedad. Este modelo propone una mirada autónoma excluyendo las condiciones sociales de vida teniendo en cuenta que las mismas inciden en la producción de valores como el bienestar o el sufrimiento.

En concordancia Merhy expresa que el modelo asistencial que opera actualmente en los servicios está organizado dentro de la óptica hegemónica del modelo médico neoliberal subestimando la dimensión cuidadora de los trabajadores de la salud. “(...) en este modelo asistencial, la acción de los otros profesionales del equipo de salud es sometida a esta lógica dominante, teniendo sus núcleos específicos y profesionales subordinados a la lógica médica, con su núcleo cuidador también empobrecido.” (Merhy, 2006, p. 87).

El surgimiento de la dimensión cuidadora de los trabajadores en las prácticas de salud

El trabajo en salud produce actos de salud compuestos por dos dimensiones: una de ellas centrada en los saberes disciplinares y ciertos órdenes profesionales, y otra focalizada en una dimensión cuidadora que producen proyectos terapéuticos que denotan una forma o modalidad de cuidado en salud (Merhy, 2006).

Merhy (2006) manifiesta que el profesional de la salud para actuar utiliza tres tipos de maletines tecnológicos, el de las “tecnologías duras” compuesto por equipamientos, el de las “tecnologías blandas duras” donde tienen lugar los saberes estructurados y el de las “tecnologías blandas” vinculadas al espacio relacional entre el trabajador y el usuario. Esto conforma la caja de herramientas que le dan sentido a las prácticas de salud que tienen los trabajadores.

Un proyecto terapéutico planteado desde la mirada de la medicina tecnológica es expresión de la suma de actos divididos por tantas unidades de producción de procedimientos como puedan constituirse, quedando negada la integración.

La dimensión propiamente cuidadora se centra en lógicas corporativas y producción de procedimientos, reduciendo el espacio vincular entre profesional/usuario a un examen o una consulta. Dicho autor (2006) plantea:

En esta modalidad, cada vez más los procesos de trabajo son ordenados por una reducción de los núcleos de competencia a las capacidades de producción, de modos bien estructurados de los actos de salud como procedimientos, que no dejan claro quien dirige a quien: si el trabajador a su saber o si el saber puntual al trabajador (...) la dimensión centrada en lo profesional, prácticamente elimina o reduce al máximo la dimensión cuidadora como componente de la acción competente del profesional médico (pp.71-72).

La dimensión profesional se visibiliza a través de la materialidad de los procedimientos en tanto la dimensión cuidadora en principio no pertenece a un recorte profesional específico,

está presente en cualquier práctica de salud en busca de producir articulación de saberes para componer proyectos terapéuticos, relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario y la construcción de sus necesidades de salud, relaciones vinculares, procesos del habla y de la escucha, entre otras.

Lo que posibilita al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en su contexto son las “tecnologías blandas” teniendo como referencia los otros maletines tecnológicos. Al respecto Merhy (2006) expresa:

Lejos de ser cajas vacías, cada trabajador y cada usuario tiene ideas, valores y concepciones acerca de salud, del trabajo en salud y de cómo debería ser realizado. Así mismo, todos los trabajadores utilizan activamente sus pequeños espacios de autonomía para actuar en salud como les parece correcto, de acuerdo con sus valores o intereses (p.151).

2.5 La Representación Social como construcción de realidad de los trabajadores

En la medida que esta investigación busca identificar y comprender las representaciones de salud mental de los trabajadores del primer nivel, es imprescindible situar los modos en que éstas se juegan en relación a las prácticas en salud mental desarrolladas por los actores involucrados en este estudio.

La teoría de las representaciones sociales no constituye un cuerpo teórico homogéneo; al contrario existen distintos modos de abordaje o de apropiación de contenidos teóricos, entre los que se destacan: un *enfoque procesual*, centrado en la descripción de los procesos sociales y cognitivos constitutivos de las representaciones sociales (RS); un *enfoque estructural*, focalizado en los aspectos cognitivos y en la identificación de la estructura de las RS, originando la Teoría del Núcleo Central (Jean Claude Abric); y un tercer *enfoque* más *sociológico* (Willem Doise), interesado en las condiciones de producción y de circulación de las RS (Banchs, 2000).

La complejidad del fenómeno representacional legitima el poder combinar enfoques o perspectivas teóricas, que se complementan y articulan, asumiendo distintos abordajes teóricos metodológicos; aspectos que en este trabajo no se pretende debatir.

Sin embargo a los fines de esta investigación, se seguirán los lineamientos teóricos desde un enfoque procesual, de autores como Moscovici, Jodelet, Banchs y Minayo.

Al respecto Banchs (2000) explica que este enfoque se caracteriza por privilegiar un abordaje hermenéutico para acceder al conocimiento de las RS, contemplando al ser humano como

productor de sentidos, centrando el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, a través de los cuales las personas construyen el mundo en que vivimos, focalizado más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones.

Un enfoque cualitativo, hermenéutico, centrado en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa; un uso más frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística, sociología; un interés focalizado sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas; una definición del objeto como instituyente más que como instituido serían, entre otras, características distintivas del abordaje procesual de las Representaciones Sociales (Banchs, 2000, p.3.7).

El concepto de Representaciones Sociales entra a la escena de las ciencias sociales a través de Serge Moscovici, quien expone la Teoría de las Representaciones Sociales por primera vez de manera sistemática en 1961, al publicar su libro “El psicoanálisis, su imagen y su público”; donde analiza los modos a través de los cuales la teoría del psicoanálisis forma parte del discurso cotidiano en la sociedad francesa de la posguerra. Su interés se relaciona con entender los modos de conocimiento, comprender cómo el saber científico es transformado en saber popular, en conocimiento del sentido común que orienta las comunicaciones y las prácticas (Banchs, 2007).

Explica que a través de la comunicación y de las relaciones de su entorno social inmediato, el hombre construye su propia realidad. De este modo Moscovici se aleja de las teorías cognitivas que explican la actividad mental humana como un proceso de organización de informaciones que vienen desde afuera, re construcción de algo elaborado por otro. Situación que no se niega pero el ser humano no solo procesa sino que genera nueva información. En este modelo el ser humano no es reproductor de las informaciones que recibe y selecciona, sino que es productor de información y significados. No hay ruptura entre sujeto (mundo interior) y objeto (mundo exterior), no son distintos. Todo estímulo proveniente del medio es socialmente reconstruido y el comportamiento no es una respuesta al estímulo sino a la reconstrucción de ese estímulo. Por lo cual se puede decir que las RS son una forma de construcción mental de la realidad (Banchs, 1986).

Además este autor establece que el conocimiento popular, las creencias, mitos, etc., no es inferior al conocimiento científico, y en lo relacionado con la promoción, prevención y atención en salud, tienen un rol clave, ya que orientan las comunicaciones y prácticas asociadas con ellos. Son dos órdenes de conocimiento, que tengan el mismo estatus no

significa que sean iguales, ya que ambos obedecen a distintas leyes. En relación a esto describe dos universos, el *consensual*, donde las representaciones se construyen y el universo *reificado* donde se construye el conocimiento científico. “En el universo consensual se crean y cambian las representaciones sociales a través del arte incesante de la conversación. Nuevas representaciones surgen ante lo desconocido cuando penetra en nuestro mundo y nos perturba, es así que las novedades se asimilan y dejan de ser amenazantes (...) El nuevo conocimiento se integra a la estructura de conocimientos que personas y grupos poseen” (Banchs 2007, p.221). Al respecto la misma autora expresa:

Entonces las representaciones sociales estudian el conocimiento del sentido común. (...) Según Moscovici uno de los focos de interés para el estudio de las representaciones sociales (rs) es la metamorfosis del conocimiento científico y su efecto renovador sobre el sentido común. Este foco de interés cobra particular importancia en el área de la salud, ya que diario estamos recibiendo información acerca de los modos de promover la salud, los tipos de enfermedades y formas de prevenirlas, los nuevos medicamentos, etc. (p. 222).

Moscovici retoma y reelabora la noción de Representación Colectiva, del sociólogo francés Emile Durkheim, pionero en su disciplina en interrogar por las condiciones sociales involucradas en la producción de conocimientos. Con este concepto designa la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan, es decir hechos sociales de carácter simbólico, producto de la asociación de las mentes de los individuos. Se interesó por describir las particularidades del pensamiento social respecto del individual, diferenciando la representación individual de la colectiva. La herencia de Durkheim en la noción de RS se relaciona con el modo en que los conocimientos son constituidos por la sociedad. El pasaje del término social por el de colectivas, se justifica en que estas últimas son consideradas como algo estático, frente a un sentido común capaz de transformar los conocimientos (Di Iorio, s/f).

En líneas generales Durkheim explica que las representaciones colectivas son concebidas como forma de conciencia que la sociedad impone a los individuos. En cambio las RS son generadas por sujetos sociales, construidas en la interacción social en la realidad en la cual estos viven. Son concebidas como una producción y una elaboración de carácter social, no impuestas externamente a la subjetividad (Di Iorio, s/f).

Denise Jodelet, fiel a la obra de Moscovici, plantea que las Representaciones Sociales son una forma de pensamiento social que da lugar a una modalidad de conocimiento particular, el saber del sentido común, que permite interpretar la realidad, clasificar los acontecimientos de

la vida cotidiana, comprender y dominar el entorno y construir teorías para explicar los hechos que componen nuestro mundo. Algunas de las definiciones que propone Jodelet (1984) en torno a la noción de RS son:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (p. 472).

Forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social (...) constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (p. 474).

Se intenta recuperar el modo en que esas formas de conocimiento socialmente compartidas se constituyen en conocimientos prácticos que orientan la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno en el que interactuamos.

En su tesis sobre la RS de la locura, describe un pueblo francés en una comarca del centro de Francia, en la que los enfermos mentales se hospedan en casas de familias y compartían sin restricciones la vida comunitaria. A través de su estudio establece la relevancia de estudiar las prácticas para explicar la elaboración de una RS. En su investigación etnográfica evidencia el sistema simbólico construido para preservar la identidad y la integridad de la comunidad, es decir que en la comunidad estudiada se encontraron prácticas de separación y exclusión, apoyados en la idea de contagio y de peligrosidad del enfermo mental (Jodelet, 2007).

Explica que se trata de una manera de pensar nuestra realidad cotidiana y correlativamente de actividad mental desplegada por individuos y grupos, a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen.

Asimismo expone que lo social interviene “a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideología relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas” (Jodelet, 1984, p. 473).

Es así como la autora sitúa la representación social en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social. De este modo se refiere al proceso, como al producto resultante de la elaboración psicológica y social de lo real. Al hablar de proceso se alude a la forma en que

se construyeron las RS y al hablar de producto se lo relaciona con los contenidos o significados del objeto representado. “Antes que nada concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o cercano” (Jodelet, 1984, p. 473).

Se trata del conocimiento del sentido común. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos, significativos para las personas en su vida privada y para la vida y organización de los grupos en los que viven.

La representación social lo es de algo y alguien, es una interpretación del sujeto inserto en un contexto determinado y constituye una simbolización del objeto representado, de aquellos que son socialmente valorados por un grupo social. “La representación social se define por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc. este contenido se relaciona con un objeto: un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, un personaje social, etc.) en relación con otro sujeto. De esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía, la cultura” (Jodelet, 1984, p.475). No son el duplicado de lo real ni de lo ideal, sino que forman el proceso por el que se establece una relación. Toda representación establece la relación con el mundo y con las cosas, traduce la relación de un grupo con un objeto socialmente valorado.

Como ya se dijo, es socialmente elaborada y compartida, apunta a la organización de la información y dominio del ambiente y es marco referencial de comportamientos y comunicaciones. Las representaciones de los actores sociales le otorgan un sentido subjetivo a la situación actual.

Al respecto Spink (1993), en congruencia con lo que postula Jodelet, expresa que si bien las representaciones sociales se manifiestan como elementos cognitivos no deben quedar jamás reducidas a ellos, ya que las mismas son socialmente elaboradas y compartidas, en pos de una realidad común que habilita la comunicación. Al definir las representaciones declara que son “fenómenos sociales que accesibles a partir del contenido cognitivo, tienden a ser entendidos a partir del contexto de producción. O sea, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y de las formas de comunicación donde circulan” (Spink, 1993, p. 300).

Para explicar la elaboración de la RS Jodelet (1984) toma de Moscovici los dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y como

esta representación transforma lo social. Dichos procesos son la objetivación y el anclaje, con ellos se revela la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio.

En el proceso de objetivación la intervención de lo social “se traduce en el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. (...) operación formadora de imagen y estructurante” (Jodelet, 1984, p. 481).

Es la operación a partir de la cual se convierte lo abstracto en un núcleo figurativo, se plasma en una figura tangible algo intangible, se materializa una idea; pertinente a la representación de objetos sociales poco tangibles como una teoría, una idea, una concepción científica. Esta operación contempla distintas fases que aluden a operaciones mentales (Jodelet, 1984):

- 1- Selección y descontextualización de los elementos: de la información accesible, el individuo o grupo selecciona las de mayor importancia, según criterios culturales y normativos que establecen lo que se puede comunicar. La información es sacada de su contexto original y pasa a formar parte de los conocimientos del grupo que las proyecta.
- 2- Formación del núcleo figurativo: es la construcción de una estructura conceptual, de un conjunto gráfico comprensible con la información seleccionada. Este núcleo aparece como una estructura de imágenes que permiten visualizar lo abstracto.
- 3- Naturalización: los elementos de la representación al ser materializados, adquieren una vida real, diferente a la que tenían en su contexto original, son integrados al sentido común. El modelo figurativo adquiere un estatus de evidencia. A lo que antes eran conceptos las personas les atribuyen rasgos, considerándolos como si fuesen hechos o personas naturales.

“La estabilidad del núcleo figurativo, la materialización y la espacialización de sus elementos les confieren el status de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios de una realidad construida de forma social. Y otorga sus herramientas al anclaje, segundo proceso de la representación” (Jodelet, 1984, p. 486).

El proceso de anclaje se refiere al “enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos (...) y a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, tanto de una parte como de otra” (Jodelet, 1984, p.486).

Entonces antes de la formación representativa, la construcción de la representación del nuevo objeto se integra en un conjunto de sentidos y saberes preexistentes (familiarización con lo extraño), es decir que ese conocimiento nuevo se hace familiar, a partir de incorporarlo en un marco de referencia conocido. “Este enraizamiento de la representación en la vida de los grupos constituye un rasgo esencial del fenómeno representativo, ya que explica sus lazos con una cultura o una sociedad determinadas” (Jodelet, 1984, p.487). Por lo cual este proceso permite comprender cómo el objeto representado adquiere significados y cómo esos significados permiten usar la representación como sistema de interpretación que guían nuestra conducta y de qué forma se integra en un sistema de representación previo.

En su relación dialéctica con la objetivación este proceso relaciona las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales (Jodelet, 1984). Una vez que la representación social se vuelve visible, es decir, la estructura de imagen pasa a ser filtro de lectura y teoría de referencia para comprender la realidad. Ambos procesos (objetivación y anclaje) actúan de modo simultáneo y se refuerzan entre ellos.

Las representaciones sociales son mediadoras entre el individuo y su medio. Convertidas en lenguaje común, van a servir para clasificar los individuos o eventos, serán instrumentos referenciales que permiten comunicar en el mismo lenguaje, por lo tanto influenciar (Banchs, 2007).

Para comprender el concepto de representación también resulta adecuado citar las conceptualizaciones de Minayo (1995), quien define las RS como categorías de pensamiento, acción y de sentimiento que dan soporte a la explicación de la realidad al mismo tiempo que la justifica y cuestiona. Las mismas “se manifiestan en conductas y llegan a ser institucionalizadas, por lo tanto, pueden y deben ser analizadas a partir de la comprensión de las estructuras y comportamientos sociales. Su medición privilegiada, por lo tanto, es el

lenguaje del sentido común, tomada como forma de conocimiento y de interacción social” (Minayo, 1995, pp. 145-146).

Considerando que su expresión es fragmentada y se limita a ciertos aspectos de la experiencia existencial la autora expresa que las mismas poseen diversos grados de claridad en relación a la realidad. “Con el sentido común los actores sociales se mueven, construyen su vida y la explican mediante su almacenamiento de conocimientos. Pero, más allá de eso, las Representaciones Sociales poseen núcleos positivos de transformación y resistencia en la forma de concebir la realidad” (Minayo, 1995, p.146).

Las RS corresponden a situaciones reales de la vida por lo tanto deben ser analizadas críticamente, entendiendo que la visión del mundo de los diferentes grupos sociales expresa la naturaleza contradictoria y conflictiva de la organización en la cual están insertos los actores sociales. “Aun cuando algunas formas de pensar la sociedad sean abarcadora como un cemento que mantiene las estructuras de dominación, cada grupo social hace de la visión abarcadora una representación particular, de acuerdo a su posición en el conjunto de la sociedad” (Minayo, 1995, p.146).

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1. Descripción general del estudio

Para el estudio de las prácticas y representaciones sobre las problemáticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud del primer nivel, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria provincial de salud mental comunitaria, se optó por un enfoque descriptivo e interpretativo.

La metodología elegida para este estudio, es cualitativa. Vasilachis de Gialdino (2006) explica que la investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por las perspectivas subjetivas de los participantes, por sus significados, conocimientos, acciones, relatos e interpreta a todos ellos de forma situada, teniendo en cuenta el contexto donde acontecen, para su comprensión y explicación. Busca descubrir lo desconocido, da nuevas visiones sobre lo que se conoce, describe, explica, construye y elucida. Refiere que en este proceso interactivo ambas partes (investigador y participante) son mutuamente influidos y afectados.

Es importante mencionar que la complejidad que implica un estudio cualitativo hace difícil que se pueda predecir lo que va a suceder, por lo cual se destaca la flexibilidad como una de sus características centrales, es decir su capacidad de adaptarse a las circunstancias y momentos en función del cambio que surja en la realidad estudiada (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996).

Se considera el concepto de Representación Social (RS) como una categoría teórica-metodológica clave, para promover la estrategia analítica. Si bien a posteriori se desarrollará dicha noción, se retoman los aportes de Minayo (1995) quien considera las representaciones sociales en tanto retratan la realidad como materia prima para el análisis de lo social y también para la acción pedagógica-política de transformación.

Las representaciones sociales sobre la salud mental deben considerarse como realidad construida por los diferentes actores en el contexto de transformación de los procesos de atención que se producen. Es importante visualizar cómo el cambio de paradigma entrama los conflictos y contradicciones de las diferentes miradas sobre la temática de la salud mental.

Cabe mencionar que en la elaboración de las representaciones sociales, los procesos de objetivación y anclaje sirven para explicar cómo lo social transforma un conocimiento en

representación y como esta representación transforma lo social; con ellos se revela la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condicionantes sociales de ejercicio.

A través del proceso de objetivación se convierte lo abstracto en un núcleo figurativo, es decir se materializa una idea. “La traducción figurativa es constitutiva del proceso de objetivación de las RS. Decir que en el núcleo figurativo, las ideas se concretizan en imágenes, no implica reducirlo a imágenes visuales. También se alude a formas de habla tales como metáforas, símbolos o narraciones, que permiten establecer puentes de anclajes sociales, históricos y culturales” (Di Iorio, s/f, p.11).

Asimismo el proceso de anclaje se refiere al “enraizamiento social de la representación y de su objeto”, que permite comprender cómo el objeto representado adquiere significados y cómo esos significados permiten usar la representación como sistema de interpretación que guían nuestra conducta y de qué forma se integra en un sistema de representación previo. Es decir que a través de este proceso un conocimiento nuevo resulta familiar luego de incorporarlo en un marco de referencia preexistente y conocido (Di Iorio, s/f).

Una vez que la representación social se vuelve visible, la estructura de imagen pasa a ser filtro de lectura y teoría de referencia para comprender la realidad. Ambos procesos actúan de modo simultáneo y se refuerzan entre ellos (Jodelet, 1984).

A través del siguiente cuadro se pretendió dar cuenta de los procesos mencionados; luego se ampliará cada uno de los puntos señalados.

Representación social	Delimitación teórica	Dimensiones de anclaje
Enfoque en APS	-APS Integral, como estrategia reordenadora sanitaria, universal, basada en la perspectiva de derecho.	-Concepción sobre la APS, enfoque de derechos, integral, selectiva, como primer nivel de atención.

Problemas de salud mental	-Contempla la dimensión histórica, subjetiva y el contexto socio-cultural. - Nuevas formas subjetivas de padecimiento - Refuerzo en las potencialidades de las personas con sufrimiento mental.	-Incorporación o exclusión de las condiciones sociales de existencia en relación a la producción de los problemas de salud mental. -Patologías psiquiátricas clásicas como formas de caracterizar los problemas de salud mental. -Visión centrada en la enfermedad, usuario como peligroso y agresivo
Abordaje en SMC	-Modelo de Salud Mental Comunitaria -Integralidad - Incorporación y circulación de otros saberes y disciplinas para compartir responsabilidad en tratamiento y seguimiento de usuarios con los miembros del equipo. -Deconstrucción del rol profesional clásico - Intervenciones reparadoras, preventivas del sufrimiento mental y ligadas a la realización de ideales de bienestar psíquico. -Abordaje interdisciplinario, intersectorial, interinstitucional.	-Modelo Médico Hegemónico - Fragmentación - Jerarquización del saber “especialista”. Interconsulta con psiquiatría y psicología. -Conservación de roles tradicionales -Asistencia individual y medicalización - Heterogeneidad de prácticas tradicionales y comunitarias

Lineamientos de la política sanitaria	-Integración de acciones de salud mental en el ámbito de la APS. -Enfoque de derechos, con acciones tendientes a reforzar el compromiso comunitario y solidaridad grupal - Democratización del campo de la SM	-Identificación de obstáculos en la inclusión de acciones de salud mental. -Grado de reconocimiento de la política de salud mental, en tanto eje de recuperación de derechos -Primacía disciplinar (psicología) en el abordaje de las temáticas de salud mental comunitaria, en los CAPS.
---------------------------------------	--	--

La orientación general del análisis de la información tuvo en cuenta la perspectiva hermenéutica- dialéctica. Minayo (1995) expresa que este método:

(...) lleva a que el intérprete busque entender el texto, el habla, el testimonio como resultado de un proceso social y proceso de conocimiento, ambos frutos de múltiples determinaciones, pero con significado específico. Este texto es la representación social de una realidad que se muestra y se esconde en la comunicación, donde el autor y el intérprete son parte de un mismo contexto ético-político y donde el acuerdo subsiste al mismo tiempo que las tensiones y perturbaciones sociales (p.191).

En esta perspectiva el proceso de interpretación ocupa un lugar fundamental, intentando trascender las fronteras del texto a interpretar y donde este proceso de análisis es producto de una permanente actividad re interpretativa. La historicidad determina los contextos de interpretación, condicionamiento histórico de quien interpreta la realidad para generar textos

y reconocimiento del propio contexto de quien re interpreta para generar su comprensión. La misma autora explica que este método “coloca el habla en su contexto para entenderla a partir de su interior y en el campo de la especificidad histórica y totalizante en que es producida” (Minayo, M.C.S., 1995, p.194).

Es decir que en la concepción hermenéutica - dialéctica “en un primer movimiento analítico se realiza una valorización fenoménica y técnica de los datos primarios en sí mismos y exhaustivamente. En una dinámica subsecuente, ellos son al mismo tiempo contextualizados, criticados, comparados y triangulados (...) ese proceso de trabajo corresponde a un camino y a una orientación teórica del pensamiento y, en su realización, se procesa de forma inseparable” (Minayo, Goncalves de Assis, Ramos de Souza (org.), 2005, p.185).

Esta investigación se plantea como un estudio de caso que se circunscribe al área de atención primaria como componente fundamental de la red asistencial socio sanitaria de Trelew. El estudio de caso reside en el abordaje de lo particular destacando el caso único, donde el énfasis recae en profundizar lo particular y no en la generalización de sus resultados. “El cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace. (...)” (Stake, 2007, p. 20). Al respecto Vasilachis de Gialdino explica que la elección del caso es producto del recorte temático, y el estudio de caso se define por el interés en el mismo. En consonancia con lo anterior, la autora manifiesta que “los estudios de casos tienden a focalizar en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual (...)” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 218).

La investigación en este tipo de estudios no es una investigación de muestras, sino que el propósito central es la comprensión de este caso. Según Vasilachis la muestra es intencionada de acuerdo a los intereses temáticos y al entramado teórico de la investigación y los casos pueden seleccionarse teniendo en cuenta diferentes criterios. “El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 220).

El interés en desarrollar este caso reside en la importancia de comprender la integración de los cuidados de salud mental a los cuidados generales de la salud, teniendo en cuenta que es un eje fundamental para el desarrollo del sistema alternativo de atención de Trelew.

3.1.1. Contexto de realización del estudio: dimensión espacial y temporal

La investigación se realizó en la ciudad de Trelew, en los once Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), en el período de tiempo 2013 - 2016.

La etapa exploratoria, importante para la definición de las posteriores herramientas de investigación, se llevó a cabo entre los meses de abril a noviembre de 2013. Durante ese período se efectuó la recopilación, lectura y análisis de documentos oficiales. En septiembre de 2013 se logra la autorización por parte de las autoridades del HZT a los fines de poder ingresar al campo con el aval de las mismas. En los meses siguientes se realizaron las observaciones en los CAPS y se elaboraron los tópicos de las entrevistas para los actores involucrados en la investigación, la realización y análisis de las mismas se hizo durante 7 meses. En el mes de junio del 2014 se concluye con la realización del grupo de discusión y su posterior análisis. Durante los meses ulteriores el trabajo consistió en la construcción y revisión del documento final.

3.1.2. Universo poblacional

La población estudiada estuvo constituida por todos los trabajadores que se desempeñaban en los CAPS del sistema público de salud, se estimaron alrededor de 350 personas. El equipo estable estaba conformado por trabajadores de salud en terreno, enfermeros, médico generalista, psicólogo y odontólogo.

3.1.3. Muestra o selección de los casos involucrados en la investigación

Sumergirse en el proceso de una investigación cualitativa implica que la selección de las unidades de estudio quede sujeta al recorrido que propone la investigación.

“La muestra cualitativa es una parte de un colectivo o población elegida mediante criterios de representación sociocultural que se somete a investigación científica social con el propósito de obtener resultados válidos para el universo” (Mejía Navarrete, 2000, p. 166).

Se realizó una selección a priori de las unidades de estudio teniendo en cuenta el problema que se pretendía investigar y los propósitos del presente estudio.

De los trabajadores de los CAPS, se escogió al médico generalista, enfermero, psicólogo y al trabajador comunitario de salud en terreno (TCST), en tanto son aquellos que reciben y están en contacto directo con problemáticas de salud mental. Se seleccionó una muestra heterogénea de 16 trabajadores que se desempeñaban en esos equipos, teniendo como mínimo una antigüedad de 5 años en el área externa, circunscriptos a las cuatro disciplinas mencionadas anteriormente e intentando que haya al menos un trabajador de cada centro de salud.

Para ello se dispusieron dos urnas, una de las cuales contenía a las unidades de investigación y la otra el número identificador correspondiente a cada CAPS, extrayendo de la primera una disciplina y de la segunda el CAPS, sucesivamente hasta finalizar con la totalidad de la muestra. Dado que la muestra superaba el número de CAPS una vez finalizada la primera ronda se realizó una segunda colocando nuevamente los números identificatorios de los CAPS hasta finalizar el proceso de selección. Se pretendía obtener una muestra lo más heterogénea posible con el objetivo de proporcionar al estudio los matices necesarios del problema a investigar.

En el caso de los psicólogos, se tuvo en cuenta como criterio de inclusión, el ser egresados de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISMC), ya que dentro de la planificación del proceso de reforma se constituyó originariamente la RISMC como una formación de posgrado cuyo objetivo es capacitar y formar profesionales con las capacidades y habilidades adecuadas para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria, centrando sus líneas de intervención en la comunidad, desarrollando acciones tendientes a la promoción de la salud mental integral y el abordaje de las problemáticas psicosociales. La ley provincial de salud mental I N° 384/09 contempla la incorporación de los mismos al sistema público de salud.

3.1.4. *Criterio de validez y de confiabilidad*

La calidad del conocimiento fue evaluada a través de la credibilidad, transferibilidad, seguridad/auditabilidad, confirmabilidad (Vasilachis de Gialdino, 2006).

La validez redefinida como *credibilidad* “supone poder evaluar la confianza, tanto en el resultado del estudio como en su proceso” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p.92). El trabajo de campo se realizó de manera responsable, el registro de notas se hizo de manera exacta, completa y precisa, diferenciando entre los datos originales de las interpretaciones del entrevistador. Además para generar una mayor comprensión del tema se obtuvo información detallada, densa y completa. Se triangularon técnicas de recolección de datos y diferentes perspectivas teóricas mediante el análisis integrado y crítico de datos obtenidos en diferente tiempo y espacio. “La comparación entre diferentes abordajes sobre la misma realidad empírica puede entonces ser considerada como un recurso fundamental para garantizar una mayor fidedignidad y hasta más universalidad al conocimiento” (Minayo, 1995, p.308). Con las entrevistas a informantes claves se buscó obtener datos de las políticas sanitarias, información que fue enriquecida con el análisis documental y la observación registrada en cuaderno de campo. Las entrevistas en profundidad se utilizaron para explorar las representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental de los trabajadores de los centros de salud, datos que fueron complementados con el grupo de discusión.

El acompañamiento de dirección y codirección permitió también monitorear o analizar la implicación como investigadora, toda vez que el trabajo de campo refirió a un ámbito en el que la investigadora tenía participación.

En relación a la *transferibilidad*, como se mencionó al principio de esta investigación el propósito era comprender el caso seleccionado por su relevancia, por lo cual la generalidad estadística no fue un objetivo de este estudio.

La *seguridad/auditabilidad*, es decir para lograr la confiabilidad de la información, los procedimientos seleccionados para obtener los datos no fueron caprichosos sino que fueron pautados previamente, utilizando estándares de trabajo como pautas de escritura, registro de datos textuales, se diferenciaron testimonios de las observaciones del investigador, pudiendo auditarse los materiales utilizados.

Por último “el criterio rígido de objetividad del investigador es redefinido como *confirmabilidad* de los datos” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 96). De este modo otro

investigador puede confirmar que lo relevado surge de los datos como también se puede consultar a las personas entrevistadas.

3.2. Fuentes de Información

La información primaria se recabó a través de entrevistas a informantes claves seleccionando personas cuya trayectoria se consideró significativa por aportar a la temática en estudio y por medio de la observación participante en los CAPS. También se efectuaron entrevistas en profundidad a 16 trabajadores de los diferentes CAPS de la ciudad de Trelew y un grupo de discusión con las psicólogas del servicio de salud mental que se desempeñaban en los CAPS. Como fuentes secundarias se recurrió al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010), información aportada por la Dirección General de Estadísticas y Censos de Chubut. Se efectuó una revisión bibliográfica sobre la temática como también un análisis documental de los marcos regulatorios de salud mental provincial (Ley I N°384/09) y nacional (Ley N° 26657/10) e informes de gestión sanitaria citados en el presente trabajo (Programa de la mejora de la Calidad de la Red Socio Sanitaria de Salud Mental de la provincia del Chubut, 2011; Plan Estratégico de Salud 2012-2015; Plan Provincial de Salud: hacia una reforma integral del modelo de salud, 2001; Análisis de Situación, Plan Operativo, Hospital Zonal Trelew, 2010; Normas Provinciales: Trabajo Comunitario de Salud en Terreno, 2007).

3.3. Técnicas de Producción de Datos

El trabajo de campo y la recolección de la información, se realizó durante 14 meses en el período comprendido entre los años 2013 - 2014.

A continuación, se describen las herramientas implementadas para la producción de información con la finalidad de arribar a los objetivos estipulados para el presente estudio.

3.3.1. *Análisis Documental*

El uso de información disponible se considera un paso fundamental en investigación social, por lo que es imprescindible recurrir a fuentes documentales (documentos oficiales, prensa escrita, cartas, diarios, memorias) o estadísticas (censos). Estos documentos intentan registrar aspectos del mundo social (Valles, 1999).

Con este punto se pretendió brindar el marco referencial donde se desarrolló esta investigación, además de dar a conocer aspectos normativos e históricos. El análisis de los documentos se realizó durante dos meses.

Corpus teórico: Programa de la mejora de la Calidad de la Red Socio Sanitaria de Salud Mental de la provincia del Chubut, 2011; Ley provincial de salud mental N°384/09 y su Decreto Reglamentario 366/09; Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10 y su Decreto Reglamentario 603/2013; Plan Estratégico de Salud 2012 - 2015 “Hacia una integración del Sistema”.

3.3.2. Entrevistas a informantes claves

Fue un criterio para seleccionar a los mismos considerarlos como referentes importantes de la historia sobre el proceso de reforma de salud mental y de la estrategia de APS provincial.

Se realizaron diez entrevistas a actores claves, entrevistados cada uno en una única oportunidad, se utilizó registro mecánico/manual y una transcripción posterior en papel. Los mismos fueron escogidos por la relación que tuvieron con el proceso de reforma sanitaria provincial, en el ámbito de la salud mental o en APS, o de acuerdo al rol que ocuparon en ese proceso. En el recorrido por ese periodo los mismos informantes fueron proponiendo otros actores que aportaban nuevas visiones a la temática.

A continuación, se detallan las personas entrevistadas y el motivo de su elección:

Secretaria de Salud de la Provincia de Chubut (2003 - 2009) por considerar que fue la actora política que impulsó el proceso de reforma en salud de la provincia.

Directora de Prevención y Promoción de la Salud de Chubut (2004 - 2007) dado que realizó las gestiones pertinentes para el fortalecimiento de la estrategia de APS en la provincia.

Directora Provincial de Salud Mental (2003 - 2012), primera funcionaria que dio origen al proceso de reforma en salud mental provincial, participante activa en el proyecto de ley de salud mental N° 384/09 y creadora de la RISMIC.

Actual Directora Provincial de Salud Mental Comunitaria porque desarrolló sus actividades en el área técnica de la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, desde el 2004 hasta la actualidad, actora primordial en la creación y gestión de los programas en salud mental de la provincia.

Jefa de enfermería del Servicio de Psiquiatría del HZT (1976), ex Supervisora de enfermería Área Externa, HZT (2003), Ex Directora Provincial de Enfermería. Informante que por la trayectoria laboral en el sistema de salud aportó datos que permitieron comprender el desarrollo histórico local desde la diversidad de visiones por los diferentes roles que desempeñó.

Jefe del Departamento Área Externa, HZT (2010 - 2013), ya que se desempeñó en primer lugar como residente de medicina general en esta provincia, luego como médico generalista en el ámbito de la APS para después asumir como coordinador de CAPS y luego como Jefe de Área Externa del HZT.

Ex Jefa de enfermería del Servicio de Salud Mental HZT, durante 20 años conocedora del funcionamiento de dicho servicio, desde sus inicios hasta el traslado del mismo al hospital general, hito conocido como “cierre del Amancay”.

Enfermera del Servicio de Salud Mental del Hospital Santa Teresita de Rawson (1981 - 2008) facilitó la historización del proceso reforma en salud mental, dado que desarrolló actividades en el servicio de salud mental del mencionado hospital que funcionaba como manicomio hasta que se implementaron reformas edilicias. La entrevistada comenzó como mucama en dicho servicio, luego ejerció funciones de enfermera para culminar como jefa de enfermería del mismo. Actualmente se encuentra jubilada, dando clases en la escuela de enfermería de la Universidad San Juan Bosco, en la cátedra de Salud Mental Comunitaria.

Ex Jefa del Departamento Área Externa HZT, Ex Jefa de División Enfermería Área Externa HZT (1974 - 2010). Importante por su trayectoria vinculada al desarrollo del proceso local de la APS.

Actual Jefa del Servicio Salud Mental, HZT, aporta la visión actual de la temática a estudiar, egresada de la RISM, Jefa de residentes de la RISM, Ex Coordinadora del Programa de Equipos Rurales de la Provincia, Ex Coordinadora del Programa de la Mejora de la Calidad de Atención de Salud Mental del Servicio de Salud Mental del HZT.

Ejes de indagación: Historización del proceso provincial de atención primaria y la inclusión de temáticas de salud mental, aspectos de la política sanitaria que dieron cuenta de la relación entre salud mental y atención primaria, gestión de recursos disponibles asignados al trabajo en la temática, entre otros.

3.3.3. Observación

Se realizó la observación de los once centros de salud que integran el Área Externa del HZT, durante el mes de diciembre de 2013 y principios del 2014.

Cabe aclarar que el Centro Especializado de Atención en Adolescencia, pertenece desde el 2010 al área externa del HZT, hasta esa fecha dependía directamente de la Dirección de Maternidad e Infancia. Dado que su lógica de trabajo es diferente al de los otros CAPS, no se lo incluyó en este estudio, ya que en la práctica no funciona como un dispositivo del primer nivel.

Si bien todos los centros habían recibido la nota de autorización desde los directivos del hospital para efectuar el trabajo de campo, además de la comunicación telefónica que se hacía el día anterior a concurrir para informar del motivo de la observación, al llegar al lugar, algunos trabajadores no estaban informados y otros supusieron que la investigadora iba a trabajar en el centro. Es válido mencionar que, en el lugar, siempre se explicitó a los trabajadores, nuevamente el motivo de la observación.

Se justifica el uso de la observación como técnica de recolección de datos, porque permitió la familiarización de las características organizativas y edilicias de cada centro de salud. Se considera a la observación como una técnica de la investigación cualitativa en la cual se privilegia la observación del contexto proporcionando la descripción de las personas y sus interacciones, de los acontecimientos y la experiencia vivida por la persona que observa (Íñiguez Rueda, 1999). Además, permitió el conocimiento de las prácticas que se desarrollaban en cada uno de ellos, la interiorización sobre las características barriales y su emplazamiento; también facilitó la interacción con los trabajadores y la selección de los futuros candidatos para las entrevistas en profundidad. La coincidencia de trabajar en el mismo ámbito elegido para implementar la investigación favoreció la inserción y el contacto con los miembros de los diferentes equipos. Los datos se plasmaron en el cuaderno de campo. Los aspectos observados fueron: estructura edilicia, antigüedad de los centros, dinámica de funcionamiento de cada uno de ellos, (horario, días de atención, organización de turnos, prácticas que se desarrollan, etc.), especificidad del recurso humano que integra los equipos, características del espacio barrial en el que están insertos (accesibilidad, cantidad de habitantes, población etaria predominante, características socioeconómicas, entre otras.), trato

dispensado a los pacientes, cartelería sobre prevención y promoción de salud, las específicas de salud mental y sobre difusión de actividades de prevención y promoción de salud.

Las observaciones fueron puntuales, realizadas en un tiempo acotado. Se destinó un día para la observación de cada uno de ellos, el horario fue el mismo para todos, eligiendo la apertura, ya que era el momento del día en el que había mayor circulación de personas y de trabajadores. Se destinó un promedio de dos horas y media, en algunos el horario se extendió.

3.3.4. Entrevistas en profundidad

Constituyen la herramienta más adecuada para conocer las representaciones de los trabajadores, sus perspectivas y la significación que otorgan a la problemática.

Se caracterizan por ser flexibles y dinámicas “(...) son encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (...)” (Taylor y Bogdan, 1996, p.101).

Para las entrevistas se utilizó una muestra intencional de máxima variedad, entendido como “(...) proceso de seleccionar de forma deliberada una muestra heterogénea y observar los aspectos comunes de sus experiencias, resultado de utilidad cuando se desea explorar conceptos abstractos” (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996. p. 73).

Las mismas se diseñaron a partir de la información obtenida luego de las entrevistas con los informantes claves. El punto de detención del muestreo estuvo dado por un criterio de saturación, es decir, cuando la nueva información recolectada no aportó más elementos al análisis.

A los entrevistados se los contactó telefónicamente, previamente cada uno recibió una nota de invitación para participar del estudio en condición de entrevistado, donde se explicitaron los propósitos del estudio. Las entrevistas se efectuaron en sus ámbitos de trabajo, previa elaboración de un guion temático acorde a los objetivos y el marco conceptual de la presente investigación. Contaron con un registro mecánico/manual y una transcripción posterior en papel, con una duración promedio de una hora y media. Para preservar la confidencialidad de los datos se codificaron las voces de los entrevistados de la siguiente manera: Enfermero (E), Médico Generalista (M), Psicólogo (P), Trabajador Comunitario de Salud en Terreno (T).

Se utilizaron segmentos textuales significativos de las entrevistas a los fines de clarificar y justificar los supuestos enunciados y para facilitar su identificación fueron redactados en letra cursiva y entre comillas en el desarrollo del documento.

Guion temático para las entrevistas: profesión y actividades desarrolladas en el CAPS, conceptualización de la APS, consideración sobre problemática de salud mental, cuidados implementados frente a las mismas, ideología subyacente en relación a la inclusión de prácticas de salud mental en la atención primaria, circuito de derivación, áreas que tienen que responder a esta temática, condiciones estructurales de los CAPS en relación a las problemáticas de salud mental, conocimiento de la política de salud mental comunitaria y del marco regulatorio provincial de salud mental, prácticas desarrolladas en relación a salud mental, capacitaciones de salud mental recibidas en el último año.

3.3.5. Grupo de discusión

Los grupos de discusión o grupos focales buscan producir una discusión grupal sobre alguna temática de interés, permitiendo profundizar no sólo lo que piensan los participantes, sino por qué piensan de la manera en que lo hacen. Asimismo, no intenta llegar necesariamente a consensos sino poder indagar en los puntos de vista diferenciales sobre el fenómeno estudiado (Gil Flores, García y Mateo Rodríguez, 2000).

Se realizó un grupo focal con 7 psicólogas que desarrollaban sus tareas en el Área Externa, del HZT. Se buscó establecer regularidades, consensos y confrontar aspectos de debate en el propio grupo homogéneo. El lugar elegido fue uno de los centros de salud donde se desempeña la investigadora. Si bien la coordinación del mismo estuvo a cargo de la responsable de este trabajo, se utilizó el recurso de un observador no participante, psicóloga perteneciente a otro dispositivo de la red socio sanitaria, que tenía experiencia en el trabajo con grupos para registrar la dinámica de trabajo. La duración fue de 1 hora y 40 minutos, se recurrió al registro mecánico y su posterior transcripción en papel.

Se utilizó una guía con ejes temáticos, si bien la misma sirvió como hilo conductor, procuró ser flexible a fin de poder profundizar lo referido por los actores, intentando captar la divergencia de opiniones, contradicciones y elementos conflictivos del relato.

Ejes de discusión: profundización de consideraciones sobre salud mental y atención primaria de la salud y su relación con la práctica cotidiana, incumbencias de la salud mental en las actividades de prevención y promoción de la salud, problematización de las problemáticas predominantes y modificación del rol profesional.

3.4. Relación objetivos y herramientas

OBJETIVO	HERRAMIENTAS	POBLACIÓN ACCESIBLE
1. Describir la política de salud mental, principios y lineamientos de la atención primaria provinciales, que dan marco a las prácticas implementadas por los equipos de salud en los niveles locales.	- Entrevistas a informantes claves. - Análisis documental. - Observación registrada en cuaderno de campo	Referentes considerados importantes para la investigación N= 10 Totalidad de Documentos N= 4 Centros de Atención Primaria de la Salud pertenecientes al Dpto. del Área Externa del HZT N=11
2- Explorar y comprender las representaciones sobre problemáticas de salud mental de los trabajadores de los equipos de salud de los CAPS en Trelew.	- Entrevistas en profundidad. - Grupo de discusión	Trabajadores de salud de equipos locales de los CAPS. N=16 Psicólogas del Servicio de Salud Mental que se desempeñan en el Área Externa, del HZT. N=7
3- Describir las prácticas de salud mental que efectivamente realizan los trabajadores de salud del primer nivel.	- Entrevistas en profundidad. - Grupo de discusión	Idem Idem

4- Analizar la relación entre representaciones sobre salud mental y las prácticas cotidianas ante problemáticas de salud mental que desarrollan los actores del primer nivel.	- Entrevistas en profundidad. - Grupo de discusión	Idem Idem
5- Analizar la integración de las prácticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención, conforme los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria en la provincia de Chubut.	- Grupo de discusión	Idem

3.5. Análisis de la información

Como se mencionó anteriormente la perspectiva hermenéutica - dialéctica orientó el análisis general de la información.

En una primera instancia se realizó un análisis interno del material. Se trabajó con las transcripciones de las entrevistas a informantes claves, las entrevistas en profundidad, del grupo de discusión y el diario de campo producto de la observación participante, diferenciando en este último las observaciones hechas por el investigador de las enunciaciones verbales efectuadas por los actores en estudio, registrándose textualmente los mismos. Con la observación participante se buscó la descripción del escenario donde ocurren los fenómenos estudiados por lo cual se realizó una grilla temática de aspectos observables; lo registrado, junto con el diario de campo, se plasmó en un cuadro de doble entrada, que permitió visualizar y comparar la estructura, organización y dinámica de cada uno de los CAPS.

La transcripción de las entrevistas se realizó asignando un código para garantizar el anonimato de cada entrevistado, se copiaron textualmente todas las palabras y los nombres de personas, barrios y centros de salud a los que hicieron referencia, se registraron con la letra “X”.

Entendiendo que la norma instala y delimita el escenario de las intervenciones en el ámbito estudiado, en el análisis documental se buscó hacer explícito las principales proposiciones de los lineamientos de las políticas de salud mental y de atención primaria, describiendo y analizando los puntos centrales establecidos por los marcos regulatorios y normativas del sector salud, en los que prevalece como horizonte la reconversión de las prácticas sanitarias. Se buscó organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, cuidadosamente se realizaron diferentes lecturas sobre el contenido para identificar el tema central y los aspectos relevantes para expresarlos adecuadamente, haciendo un análisis y síntesis de los mismos, como por ejemplo sobre la recuperación de derechos de usuarios y su protagonismo, el trabajo intersectorial e interdisciplinario, abordajes basados en los principios de APS, entre otros y así facilitar una aproximación cognitiva del sujeto al contenido de las fuentes de información.

Se intentó simplificar aspectos de los documentos para expresar sintéticamente su contenido, omitiendo y discriminando información poco relevante, para construir representaciones abreviadas de los mismos. Es decir que en un primer acercamiento se desglosó lo accesorio o redundante, descubriendo lo esencial del contenido, para luego avanzar hacia la construcción de conceptos que expresen mejor los elementos nodales de los documentos analizados para facilitar el acceso intelectual de los interesados (Vera y Morillo, 2007).

El criterio para determinar la suficiencia de información recabada estuvo dado por la repetición de ideas sobre los aspectos centrales de la investigación.

La información cualitativa se organizó a través de un proceso de segmentación de los textos y relatos según unidades de significación. En la elaboración de las estructuras de análisis se realizó una clasificación de los testimonios de los entrevistados primero por trabajadores, luego por grupo, por técnica de producción de datos y finalmente por tópico en relación a los objetivos de la investigación. Se dividió las categorías de análisis en dos grandes ejes: atención primaria de la salud y campo de la salud mental comunitaria.

En un segundo momento se realizó un análisis contextualizado, se intentó cruzar y triangular los aspectos provenientes de las entrevistas con informantes claves, las entrevistas en

profundidad, el grupo de discusión, el diario de campo y la información recabada del análisis documental y de este modo confrontar opiniones e ideas sobre los aspectos estudiados.

Especificidad respecto a la perspectiva analítica:

Para la comprensión de los datos y su contextualización se recurrió a la propuesta de “interpretación de sentidos”, para el análisis de significados, ya que como toda investigación cualitativa este estudio se centró en explorar opiniones y las representaciones sobre los aspectos del tema examinado. “La interpretación puede ser secuencia del análisis y también puede ser desarrollada después de la descripción. Su meta es la búsqueda de sentidos de los discursos y de las acciones para lograr la comprensión o explicación más allá de los límites de lo que es descripto y analizado (...)” (Minayo et al., 2005, p.203).

En este complejo recorrido de la interpretación se hizo una lectura comprensiva del material escogido, para “impregnarse del contenido del material, tener una visión de conjunto y aprehender las particularidades presentes en esa totalidad parcial” (Minayo et al., 2005, p.205). Se procuró describir los datos desde la perspectiva de los actores, intentando ubicarse en su lugar y circunstancias, orientando la lectura en determinados lineamientos conceptuales y referencias teóricas. También se construyeron inferencias, intentando ir más allá de lo referido por los actores y de los datos descriptivos, buscando ideas detrás de los textos.

Finalmente se realizó un trabajo de síntesis, teniendo en cuenta el marco conceptual, la información recabada, los propósitos de la investigación, entre otros aspectos e intentando producir un salto cualitativo en la interpretación del material recolectado. Minayo explica que en una etapa final “se trabaja, entonces, con sentidos más amplios que articulan modelos subyacentes a las ideas. Es, en realidad, realizada una reinterpretación, es decir, una interpretación de las interpretaciones (...) la interpretación camina en un movimiento de síntesis, por medio de la construcción creativa de posibles significados” (Minayo et al., 2005, p.207).

3.6. Aspectos éticos

La totalidad de las instancias de la presente investigación contaron con la aprobación de las autoridades y responsables de las áreas e instituciones involucradas.

Todos los entrevistados, a través de una comunicación clara y precisa, fueron informados sobre los objetivos y propósitos de la investigación, quienes asintieron su participación de manera libre y voluntaria. Antes del inicio de cada una de las entrevistas se obtuvo la anuencia para grabar las mismas y el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y el anonimato para utilizar los datos proporcionados. Es destacable la predisposición de todas las personas involucradas, al momento de aportar datos relevantes al estudio.

No fue necesario tomar recaudos metodológicos en relación al rol de investigadora, si bien el mismo se desarrolló en forma paralela con los roles de coordinadora y trabajadora, estas funciones operaron como facilitadores del ingreso al campo de estudio. Durante todo el proceso de trabajo se explicó detenidamente el rol de la investigadora respecto a los objetivos del estudio.

La investigadora asumió el papel de observadora como participante, donde se utilizó la observación como complemento de las entrevistas, participación no como investigadora externa sino como trabajadora del propio ámbito analizado, buscando el acercamiento con los trabajadores y a la vez el distanciamiento para realizar un abordaje crítico (Minayo et al., 2005).

4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se detalla el ámbito donde está circunscripto el problema de investigación. Se exponen características de la política sanitaria provincial respecto al desarrollo de la Estrategia de APS y de Salud Mental Comunitaria, como también especificidades respecto del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental y APS, en el ámbito del HZT.

Además se brinda la perspectiva que tienen los actores sobre la transformación de los modelos de atención en salud mental, las representaciones respecto a las problemáticas de salud mental, el modo de abordarlas, como también la manera de apropiarse o de internalizar algunos de los conceptos centrales de las políticas sanitarias, como por ejemplo integralidad, perspectiva de derecho, accesibilidad, abordaje interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, entre otros.

4.1. Sistema de Salud Provincial

Chubut, pertenece a la Región Patagónica y está situada entre los paralelos 42 y 46 y los meridianos 64 y 62. Por su superficie de 224.686 km² es la tercera provincia más grande del país. Limita al norte con Río Negro, al sur con Santa Cruz, al este con el Océano Atlántico y al oeste con la República de Chile.

Su geografía se caracteriza por grandes extensiones de territorio despoblado, existiendo tres regiones diferenciadas: la de la Cordillera de los Andes, la Meseta Central y el Litoral Atlántico. La población es de 509.108 habitantes, significando una densidad demográfica de 2,3 habitantes por Km². El 50,01% son varones y el 49,98% son mujeres (Dirección General de Estadística y Censos, 2010).

La estructura de la población en el año 2010, presentó características como angostamiento en la base de la pirámide, leve disminución del grupo de 20 a 24 años que se puede relacionar con jóvenes que emigran de la provincia por razones de estudio; mayor proporción de ambos sexos para el grupo de 25 a 34 años, producto de corrientes migratorias, por ser Chubut polo atractivo para desarrollo económico social y ensanchamiento en la cúspide con mayor proporción en las mujeres (Dirección General de Estadística y Censos, 2012).

La tasa de crecimiento demográfico (intercensal 2001 - 2010) es 23, 2%, siendo la tasa de mortalidad infantil 8,72 por mil nacidos vivos y la tasa de natalidad es de 21,2 por mil.

Se presentó una notable baja de la tasa de analfabetismo, pero la misma presenta diferencias territoriales, siendo en las zonas rurales donde se concentran las tasas más altas.

Chubut se caracteriza por ser receptora de diferentes grupos migratorios tanto del país como del exterior que se sumaron a la población originaria del lugar (mapuche, tehuelche).

Las principales actividades económicas son el turismo, la pesca, la explotación petrolera, la ganadería y los servicios.

El sistema sanitario se sostiene con financiamiento público y la administración es provincial, depende del Ministerio de Salud cuya autoridad máxima es el Ministro de Salud y cuenta con cuatro Subsecretarías: Subsecretaría de Gestión Institucional, Subsecretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Gestión y Recursos, Subsecretaría de Planificación y Capacitación.

Se encuentra regionalizado en cuatro Áreas Programáticas. Las cuatro áreas que componen la red de servicio provincial son:

Área Programática Norte: Abarca el departamento Viedma, Telsen y Gastre. Tiene 5 hospitales: 1 Hospital Zonal y 4 Hospitales rurales; 8 Centros de Salud, 6 Puestos sanitarios y 1 Centro de Prevención y Asistencia de Adicciones.

Área Programática Trelew: Abarca los departamentos Florentino Ameghino, Gaiman, Mártires, Paso de Indios, Rawson. Tiene 8 hospitales: 1 Hospital Zonal, 1 Hospital Subzonal, 6 Hospitales rurales; 19 Centros de Salud, 5 Puestos sanitarios y 2 Centros de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

Área Programática Esquel: Abarca los departamentos Cuyamen, Futaleufú, Languiñeo, Tehuelches. Tiene 14 Hospitales: 1 Hospital Zonal, 1 Hospital Subzonal, 12 Hospitales Rurales; 11 Centros de Salud, 30 Puestos Sanitarios y 1 Centro de Prevención y Asistencia de Adicciones.

Área Programática Comodoro Rivadavia: Abarca los departamentos Escalante, Sarmiento, Senger. Tiene 5 Hospitales: 1 Hospital Regional, 4 Hospitales Rurales; 29 Centros de Salud (15 provinciales y 14 municipales), 6 Puestos Sanitarios, 2 Centros de Prevención y Asistencia de Adicciones y Subsecretaría de Salud.

Cabe aclarar que en el Plan Provincial de Salud (2001) se define Área Programática como:

Las unidades político-técnico administrativas del esquema de regionalización, responsables de impulsar las líneas de acción y de gestionar las reformas de acuerdo a realidades locales. La definición de las responsabilidades de las áreas programáticas debe efectuarse con el criterio de cobertura total sin excluir territorios ni poblaciones. La programación técnica y operativa de las actividades en cada área programática facilita la

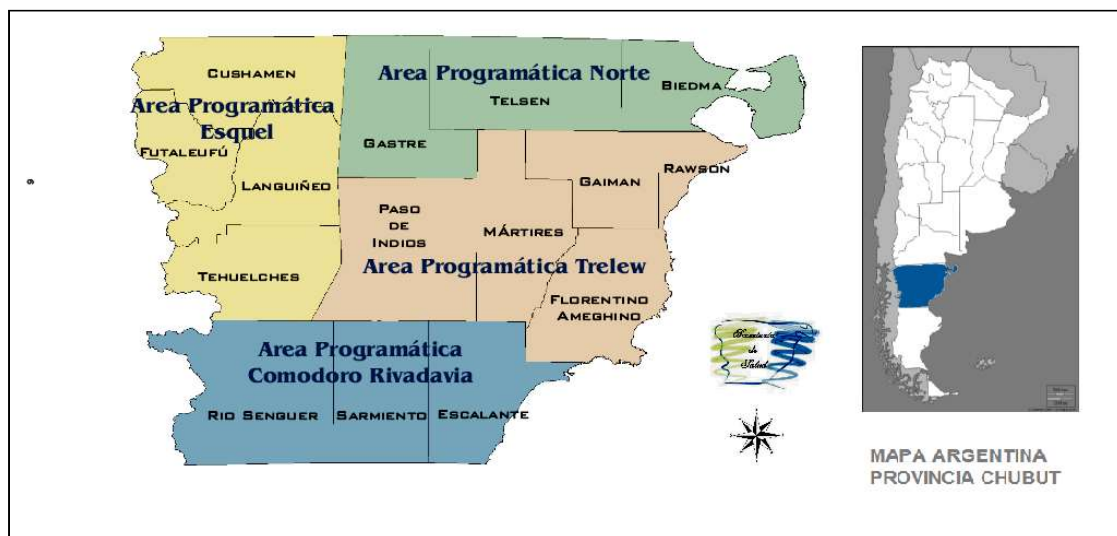
identificación de necesidades y la determinación de prioridades, convirtiendo en protagonistas al personal local del sistema de salud y a la población (p.13).

Es decir que cada área programática posee una red de servicios de complejidad creciente contando con: hospitales rurales con puestos sanitarios y un hospital zonal con centros de salud. A su vez a nivel provincial estos hospitales zonales tienen como hospital de referencia al Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. Cada área está dividida en sectores operativos con una población y límites geográficos definidos, en la cual deben desarrollarse los programas establecidos. Los Directores de Áreas Programáticas dependen directamente del Ministerio de Salud y de ellos dependen todos los directores de los hospitales del área programática correspondiente (Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, 2007).

Según Anuario Estadístico de Salud 2011 del Ministerio de Salud de Chubut, en la provincia se hallan 156 establecimientos asistenciales oficiales:

- 35 son hospitales, siendo 32 con internación y 3 sin internación con un promedio de 98 camas disponibles.
- 67 centros de salud, de los cuales 53 son provinciales y 14 municipales.
- 47 puestos sanitarios
- 7 otros establecimientos

Mapas 1. Provincia del Chubut. Áreas Programáticas



Fuente: Elaboración propia a partir de Anuario Estadístico de Salud, Ministerio de Salud de Chubut, 2011

4.1.1. Desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Chubut

En la provincia, la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) impulsó la sistematización de modos de trabajo que se venían realizando, acordes a los lineamientos propuestos, principalmente en la zona rural, caracterizada por grandes extensiones de territorio despoblado. En 1978 surge la figura del agente sanitario como traductor de la comunidad, siendo responsable junto con el médico y el enfermero de acciones sanitarias como visitas domiciliarias y rondas sanitarias; en sus inicios estos trabajadores dependían del Programa Nacional de Salud Rural, que luego en 1987 se descentraliza y pasan a depender del estado provincial. (Ex Ministro de Salud Provincial, comunicación personal, marzo 15, 2013; Ex Directora del Departamento Provincial de Prevención y Promoción de la Salud, comunicación personal, enero 9, 2014).

A finales de la década del 80' la Subsecretaría de Salud fue transformada en un ente descentralizado y autárquico, denominado SiProSalud (Sistema Provincial de Salud), que tenía como eje la participación comunitaria y la descentralización económica. En paralelo surge la ley de reforma del organigrama, legitimando la aparición de los servicios. Este

sistema fue precedido por la sanción de una Ley de Carrera Sanitaria (Ley N° 2672/86) que pretendió jerarquizar el recurso humano, ya que previamente los trabajadores de salud se regían por la ley general de la administración pública (Ministerio de Salud, 2001).

El contexto de políticas neoliberales de la década del 90' afectó las condiciones de vida de las personas, la cobertura y calidad del sistema de salud. La inestabilidad económica consecuencia de la globalización, el repliegue de las obras sociales debido a la crisis y el crecimiento desarticulado del subsector privado, desencadenó un escenario adverso para continuar con las modificaciones pretendidas (Ministerio de Salud, 2001).

Desde el 2001 las propuestas de cambio en los modelos de atención tuvieron como horizonte recuperar los lineamientos de trabajo sugeridos por la estrategia de atención primaria de la salud, entendiendo a la salud como derecho inalienable y como componente imprescindible del bienestar humano. Entre otros aspectos la equidad, accesibilidad, calidad de servicios, participación de la sociedad, intersectorialidad, fueron orientadores de las acciones en salud, siendo el Estado responsable de implementar estrategias para mantener y recuperar la salud, mejorando las condiciones de vida y el bienestar de las personas (Ministerio de Salud, 2001). Desde el 2004, con la asunción de las nuevas autoridades en el gobierno provincial, la atención primaria continuó siendo un lineamiento político sanitario.

El Plan Estratégico de Salud (2012-2015) que determina el marco político sanitario de las acciones a desarrollar para alcanzar el máximo nivel de salud posible de la población de la provincia del Chubut, establece la reconstrucción del sistema sanitario bajo la Estrategia de APS, privilegiando el acceso a la salud para las poblaciones marginales y vulnerables. Delimita líneas de acción basado en valores y principios de equidad, calidad, acceso y lograr el financiamiento adecuado del sistema. Tiene como eje pensar a la APS como una política sanitaria y no solo como un nivel de atención. En dicho plan se define a la APS como una estrategia adhiriendo a lo establecido en la conferencia de Alma Ata (OMS, 1978), priorizando los servicios de atención primaria para lograr la equidad, siendo la puerta de entrada al sistema de salud, brindando atención integral e integrada, lineamientos acordes a lo establecido en el documento de APS Renovada (OPS/OMS, 2007).

Sus valores, principios y elementos se enmarcan en un Sistema de Salud basado en la APS, extraídos del documento de "APS Renovada de la Atención Primaria de Salud de las Américas" (OPS/OMS, 2007). Los aspectos que contempla son el derecho al mayor nivel de

salud posible, a la equidad, solidaridad, servicios orientados hacia la calidad, integralidad y sostenibilidad.

Como factores importantes de la gestión, del período 2003-2010, se destaca la mejora en la composición y distribución del recurso humano. Este aumento fue notorio en el primer nivel de atención (hospitales rurales y CAPS), donde también se realizó una fuerte inversión en infraestructura edilicia, construyendo 38 centros de salud, 10 puestos sanitarios, 6 hospitales rurales, Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones y de Salud Mental (Secretaría de Salud, 2011).

Otro aspecto relevante fue la capacitación de recurso humano crítico, con la apertura de tres escuelas de enfermería, profesionalización de los trabajadores comunitarios de salud en terreno, nueva denominación que adquieren los antiguos agentes sanitarios; y el incremento en el número de vacantes para residencias médicas e interdisciplinarias (clínica, pediatría, medicina general, tocoginecología, salud mental comunitaria, entre otras).

Se destaca dentro de los ejes estratégicos del mencionado documento la adhesión al modelo de atención centrado en el usuario, promoviendo el enfoque por ciclo de vida, impulsando el fortalecimiento de redes de atención según los niveles de riesgo e incluyendo la atención de la salud mental. En el punto de atención de grupos específicos se destaca fortalecer las estrategias de prevención y asistencia de las adicciones y propiciar el modelo de salud mental comunitaria para abordar integralmente a las personas con padecimiento mental.

Se plantea en las intervenciones y metas sanitarias favorecer el empoderamiento de la población en el cuidado de su salud y continuar trabajando en la cobertura de la población, en la calidad de atención, monitoreo de acciones y fortaleciendo el recurso humano.

Entre otros logros del mismo período (2003-2010), se destaca la sanción de la ley de salud mental e implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria; sin embargo, dicho concepto no aparece desarrollado en el glosario de ese documento.

4.1.2. Política Sanitaria en Salud Mental Comunitaria

Históricamente la estructura de salud mental, fue manicomial asociada al sistema penitenciario. Paulatinamente se fueron gestando las bases para empezar a pensar en otras maneras de intervenir y abordar el sufrimiento mental.

A fines del año 1990 asume como Director Provincial de Salud Mental, el Dr. Jorge Pellegrini, quien implementa un proceso de externación de las personas con sufrimiento mental alojadas en el Hospital Santa Teresita de Rawson, conocido como el manicomio de Chubut. Ese proceso dura aproximadamente dos años y promovía un trabajo de los equipos para que las personas regresen con sus familias y en otros casos a sus lugares de origen, alojados en los hospitales del interior; sin embargo fue criticado por algunos actores locales por carecer de estructuras intermedias que dieran soporte a esa reforma y con el cambio de gestión se decide no darle continuidad (Enfermera del Hospital Santa Teresita de Rawson, comunicación personal, junio 4, 2013).

A partir del 2003 se impulsa el crecimiento del ámbito de la salud mental comunitaria como estrategia sanitaria por la decisión política de acompañar el proceso de transformación. Desde el Departamento Provincial de Salud Mental se comenzó a trabajar con los equipos la posibilidad de implementar prácticas alternativas que apuntaran al modelo de salud mental comunitaria. La primera estrategia fue el desarrollo de un programa de capacitación en servicio destinado a los integrantes de los equipos de salud mental. La apertura en ese año de la RISMC puso en marcha ese proceso.

Es a partir del 2004 que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Provincial de Salud Mental, adoptó una política de salud mental basada en un Modelo de Orientación Comunitaria, con presupuesto propio que permitía viabilizar los cambios proyectados. Se iniciaron así transformaciones en los modelos asistenciales, generando opciones terapéuticas diferentes en la línea de servicios de puertas abiertas, centros de día, programas de apoyo social, entre otros (Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, 2011).

Este proceso de reforma encuentra respaldo en los postulados de la Atención Primaria de Salud, por lo cual poder integrar la salud mental en la atención primaria de salud se transforma en un lineamiento importante de trabajo desde este marco ideológico. La inclusión de temáticas de salud mental en la estrategia de APS, es una de las metas de la política sanitaria de salud mental, para que de este modo se den respuestas integrales a las problemáticas de salud mental desde el equipo de salud del primer nivel.

En el año 2005 la gestión provincial solicita a la OPS la realización de un informe de situación y sugerencias sobre el estado en que se encontraban los servicios de salud mental en Chubut.

En el año 2007 se vuelve a realizar este proceso de evaluación externa con el objetivo de fortalecer las acciones que se venían desarrollando.

Asimismo, favorecía dicha transformación la existencia a nivel regional (Chubut, Río Negro, Santa Cruz, Neuquén) de un consenso en relación al modelo de salud mental comunitaria. En el 2004 se crea el Foro Patagónico de Salud Mental que tiene como objetivo el intercambio, fortalecimiento y acompañamiento de los procesos locales, asumiendo una postura común que genere políticas regionales. En el año 2008 se comienza a trabajar sobre el anteproyecto de ley provincial con la pretensión de regular las prácticas de salud mental en la provincia. En el 2009 se promulga la Ley I N° 384/09 transformándose Chubut en una de las jurisdicciones de la República Argentina con ley de salud mental en vigencia.

El Programa de mejora de la calidad de la Red Asistencial Socio Sanitaria de Salud Mental y Decreto Provincial N°460/07 marca lineamientos de trabajo en el área de salud mental, y en el mismo se reconoce el modelo de orientación comunitaria para el abordaje de problemáticas psicosociales, privilegiando la atención ambulatoria. La perspectiva de derechos es el horizonte de las intervenciones, como así también el trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario. Promueve la integración de las acciones de salud mental a las acciones del sector salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

Si bien es un documento oficial homologado por autoridades pertinentes, el mismo fue simplificado y actualmente no se encuentran en vigencia los indicadores que establecían los incentivos económicos por productividad en relación a las metas y objetivos a cumplir por los profesionales como consecuencia de la aparición del Convenio Colectivo de Trabajo en el año 2013.

En ese programa se definen lineamientos generales para el desarrollo de los Programas Locales de Salud Mental a implementar por cada Programa, Servicio y Departamento de Salud Mental de la provincia, en consonancia con las políticas provinciales, nacionales e internacionales y con los respectivos marcos regulatorios. Incluye el Programa para la atención a Trastornos Mentales Severos (TMS), Subprograma de salud mental para equipos rurales para la promoción y prevención, Programa de Capacitación en Servicio, Programas interministeriales: Programa de Apoyo Social para las personas con TMS.

La existencia de la posibilidad de los programas locales implica la regulación de las prácticas en relación a la red de dispositivos, al tipo de prestaciones que brinda cada uno y a la

evaluación de la atención. Además, se promulgan acciones que incluyen la participación de usuarios y familiares y la revisión sistemática de estos programas para lograr una adecuada utilización de los recursos.

Ley I N° 384/09: hito significativo en la política de Salud Mental Comunitaria en Chubut.

La sanción de la Ley I N° 384/09 y su posterior Decreto Reglamentario N° 1366/09 implicó un avance y consolidación del proceso de desinstitucionalización en la orientación y en las prácticas de salud mental de la provincia. La misma antecede a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10, adhiere a marcos legislativos internacionales y toma como referencia marcos regulatorios de otras provincias, principalmente de Río Negro, de la Ley N° 2440/1991 de “Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”.

El primer artículo de la ley establece el marco jurídico para todas las prácticas en relación a la salud mental desarrolladas tanto en el ámbito público como privado en todo el territorio de la provincia de Chubut, bajo los principios rectores del modelo de salud mental comunitaria en relación a la promoción de la salud mental, la prevención de las problemáticas psicosociales, la rehabilitación y el tratamiento integral que incluya a la salud mental dentro de la estrategia de APS.

Aparece el Estado como garante de que esos lineamientos se cumplan, determina que la Secretaría de Salud de la provincia se convierta en la autoridad de aplicación de la ley, por lo que debe crear el Registro Público Provincial. Circunscribe al área de salud mental las funciones de asesorar, colaborar y proceder como segunda instancia en las apelaciones a favor de las personas con sufrimiento mental. También es de su responsabilidad elaborar un plan provincial de salud mental acorde a los lineamientos de la ley.

El objeto de la ley define diez ítems (Capítulo I) que plantean un cambio respecto al modelo tradicional de atención, garantizando los derechos de los pacientes a que sean atendidos en su comunidad, manteniendo sus vínculos, haciéndolos protagonistas activos en el proceso de su tratamiento. La perspectiva de derechos de los pacientes y de sus familiares, atraviesa todo el texto de la presente ley.

Plantea cuatro definiciones centrales (Capítulo II) que proporcionan el soporte conceptual de las intervenciones respecto a la salud mental: salud mental, institutos o servicios de salud

mental, trastornos mentales severos e institucionalización. El texto habla desde el primer momento de campo de la salud mental, lo que sienta una postura ideológica respecto al abordaje. Hablar de campo significa pensar el mundo social, considerando a la salud mental como práctica social que articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones. Para ello es indispensable tener en cuenta los determinantes socio históricos que inciden en las representaciones sobre los procesos de salud enfermedad.

Los lineamientos de trabajo del campo de la salud mental son de orientación comunitaria, lo que implica un cambio de paradigma en el modo tradicional del abordaje de la enfermedad mental, incluyendo en las intervenciones la dimensión socio histórica del sujeto. Esta concepción significa la adecuación a los postulados planteados por la Carta de Ottawa (OMS, 1986), en tanto establece que la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, “se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las actitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vidas sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (OMS, 1986). Insta a toda la población a desarrollar al máximo su salud, en función de su propio empoderamiento.

Para la descentralización de la atención se prioriza la inclusión de temáticas de salud mental en la estrategia de APS.

La ley impulsa la atención respecto a la salud mental a través de una Red Asistencial Socio Sanitaria (Capítulo IV), predominando lo ambulatorio, fomentando el desarrollo de los servicios en la comunidad. Esta red está formada por dispositivos según las necesidades de cada contexto local que deben regirse por criterios de accesibilidad, adecuación y pertinencia, continuidad y coordinación de los cuidados y ser socialmente aceptables. Actualmente existe una red de dispositivos que dan cobertura y respuesta a las necesidades de las personas con sufrimiento mental.

Respecto a la conformación de los equipos (Capítulo V) plantea la importancia de lo multidisciplinario, jerarquizando todos los saberes, dada la complejidad de las necesidades se hace inminente la participación de diferentes actores convencionales y no convencionales comunitarios. Actualmente los trabajadores del sistema de salud que se ocupan de la salud mental son los operadores de salud mental, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales,

enfermeros, psicólogos, musicoterapeutas, psiquiatras, profesor de arte, capacitadores de oficio, talleristas, administrativos y mucamas.

La ley regula los mecanismos para la internación (Capítulo VI) tanto voluntaria como involuntaria garantizando la no institucionalización, donde el equipo de salud es quien tiene la facultad y responsabilidad sobre esta decisión. Con el criterio de restringir la hospitalización al mínimo y como último recurso terapéutico se dispuso la ubicación de áreas de internación de pacientes con sintomatología aguda en los hospitales generales (Trelew, Puerto Madryn, Esquel, Comodoro Rivadavia).

Plantea la articulación entre los sectores de justicia y salud, en donde el juez debe dar prioridad a la estrategia terapéutica sugerida por el equipo de salud.

Se otorgan las garantías (Capítulo VII) para los procesos administrativos y judiciales en cuanto brinda a las personas con sufrimiento mental, familiares y representantes legales el derecho a recurrir a la autoridad de aplicación sobre cualquier intervención realizada por el equipo de salud mental.

Plantea las condiciones de externación, altas y salidas (Capítulo VIII). Concibe el alta como acto terapéutico siendo parte del proceso de tratamiento y otorgándole facultad al equipo de salud mental para discutir las decisiones sobre las mismas.

Establece como estrategia prioritaria para sostener la reforma institucional la capacitación en servicios de los equipos (Capítulo IX), priorizando como programa estratégico de capacitación a la RISMIC.

La ley prevé la creación de una Comisión Interdisciplinaria de Salud Mental (Capítulo XI) de carácter consultivo, no vinculante que aún no se encuentra en funcionamiento.

Normatiza la fiscalización de las instituciones públicas y privadas (Capítulo XII), aún sin aplicar el registro de incidentes y anomalías y actuaciones administrativas.

Con la presente ley se declara a la Salud Mental como quinta clínica básica.

Establece el régimen de disposiciones punitivas en caso de incumplimiento de algún punto de la ley, abarcando a los trabajadores del ámbito público como privado.

4.1.3. Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental y APS, Hospital Zonal Trelew.

Trelew, ciudad en la cual se centró el estudio, está localizada en el Departamento Rawson a los 43° 14' de latitud sur y 65° 19' de longitud oeste, a una altura de 11 metros sobre el nivel del mar, en la zona denominada "Valle Inferior del Río Chubut". Con una superficie total de 264,63 km² de ejido y 16km² urbanizados, distribuidas en 27 barrios, es la localidad más grande de la provincia luego de Comodoro Rivadavia. Se encuentra a 17 km de Rawson, Capital Provincial (Departamento Área Externa HZT, 2010).

Su nombre proviene de la unión de dos vocablos galeses "Tre", que quiere decir "pueblo" y "Lew", apócope de "Lewis", o sea "Pueblo de Luis". Este nombre de origen celta le fue impuesto en homenaje a Lewis Jones, uno de los pioneros galeses que impulsaron el movimiento colonizador a estas tierras.

La población de Trelew es de 99.430 habitantes, la cual está constituida por un 48.61% de varones y un 51.39% de mujeres. A su vez esta población se caracteriza por estar distribuida según la edad de la siguiente manera: 26,17% de 0 a 14, el 65,52% de 15 a 64 y el 8,30 % de 65 años en adelante (Dirección General de Estadística y Censos, 2010).

La oferta de atención en salud del sector público se realiza a través del Hospital Zonal Trelew, con un Centro Especializado de Atención en Adolescencia, un Centro de Prevención y Asistencia de Adicciones y 11 CAPS ubicados en la zona periurbana, con un área operativa bien delimitada para cada uno de ellos, donde se atiende tanto la demanda espontánea como la programada.

4.1.3.1. Organización del Servicio de Salud Mental Comunitaria

Respecto a salud mental a nivel local, el desarrollo y fortalecimiento de la red asistencial socio sanitaria, implicó la transformación de un servicio de salud mental cuyas prácticas se limitaban a la internación y a la consulta ambulatoria de psiquiatría y psicología, y pasar a una red de dispositivos destinados a generar una amplitud de respuestas acordes a las problemáticas de la población. También desde los servicios de salud mental se desarrollaba como práctica habitual la derivación de casos de difícil abordaje a una clínica psiquiátrica del sector privado con financiamiento estatal. Paulatinamente fueron disminuyendo las

derivaciones y se desarrollaron procesos de externación de los pacientes que pertenecían al sistema público (Directora Provincial de Salud Mental Comunitaria, comunicación personal, mayo 30, 2013).

La Red Asistencial Socio Sanitaria integra los dispositivos que se detallan a continuación:

Centro de Día “Rincón del Alma”: Inaugurado en el año 2005, constituye un dispositivo ambulatorio destinado a trabajar la rehabilitación psicosocial de personas con TMS. Los programas de rehabilitación en salud mental están orientados a la recuperación de habilidades perdidas y/o fomento de habilidades compensatorias de las personas con TMS.

La red local se centraliza en el centro de día, siendo espacio de referencia administrativo del Departamento de Salud Mental del HZT, dependiente de la Dirección del Hospital y también con dependencia técnica de la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria.

Empresas Sociales de Salud Mental: En el año 2009 se inaugura la primera, la cual constituyó un nuevo dispositivo de rehabilitación, destinado a la inclusión socio-laboral de personas en situación de vulnerabilidad psico-social (no es exclusivo de usuarios de salud mental). Actualmente funcionan tres empresas: hilado, tejido y carpintería.

Casas de Convivencia. Programa Residencial: El programa incluye un conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con padecimientos mentales, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son: vivienda, manutención, determinados cuidados básicos (higiene, medicación, organización cotidiana, etc.) y relaciones interpersonales significativas. Existen tres casas de convivencia con diferentes grados de supervisión en función de las necesidades de los usuarios.

Sala de Internación de personas con sintomatología aguda en HZT: Hospitalización en etapa de crisis de personas con padecimiento mental, con régimen de corta estancia. Cuenta con cinco camas distribuidas en dos habitaciones. Se trabaja coordinadamente con el resto de los dispositivos de la red para articular el seguimiento y monitoreo del usuario luego de su alta.

Otros dispositivos que también se incluyen en la red son los *Consultorios Externos de Psiquiatría* que por razones edilicias se llevan a cabo en Centro de Día y las *Guardias de salud mental* de modalidad pasiva, de 24 hrs., realizadas por los psicólogos y psiquiatras del servicio en el HZT, para resolver situaciones de urgencia.

Área Externa. Centros de Atención Primaria de la Salud: El marco regulatorio (Ley I N°384/09) que promueve la creación de la Red Socio Sanitaria, estipula que las temáticas de salud mental se incorporen a la estrategia de APS, constituyendo una parte más de la estrategia y no generando una estructura edilicia y organizativa de atención primaria. En consecuencia, se fueron incorporando paulatinamente en los últimos años, trabajadores de salud mental a los CAPS, con una doble inserción, por una parte pertenecen al servicio de salud mental y por la otra, se constituyen como integrantes del equipo de salud de cada uno de los CAPS. A medida que los equipos logren apropiarse de estas problemáticas, es que se podrá lograr una integración efectiva. Las prácticas que allí se desarrollan, son tanto asistenciales y de rehabilitación como promocionales y preventivas.

La incorporación de salud mental a la estrategia de APS, se pensó con el propósito de que las problemáticas de salud mental sean abordadas de forma integral por el equipo de salud y no exclusivamente por el trabajador de salud mental. A la fecha los psicólogos son los únicos actores del servicio de salud mental afectados al primer nivel de atención.

En el año 2003 se produce la apertura de la RISMIC, con el objetivo de incluir futuros trabajadores de salud mental en los distintos ámbitos del sistema sanitario. Se trata de un programa de formación en servicio cuya propuesta de trabajo se realiza desde un modelo orientado a la comunidad, capacitando a los profesionales con criterios diferentes para que puedan desarrollar con la comunidad actividades centradas en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales. El residente se vincula temporariamente con el Ministerio de Salud provincial a través de un convenio de beca que tendrá una vigencia de tres años, la característica del trabajo será de tiempo completo, con dedicación exclusiva y bloqueo de título. La formación depende del Ministerio de Salud Provincial, específicamente de la Dirección Provincial de Formación y Capacitación de Recursos humanos y técnicamente de la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria.

4.1.3.2. Estructuración del primer nivel de atención.

El Área Externa del HZT, según organigrama, es un departamento formado por el Centro Especializado de Atención en Adolescencia y 11 CAPS: “La Loma”, “Gwenda

Williams”, “Planta de Gas”, “Pascual Daleoso”, “Etchepare”, “Dr. Ramón Carrillo”, “Dr. Jorge Morado”, “Ingeniero Franzetti”, “Tiro Federal”, “Sarmiento” y “Villa Italia”.

Todos los CAPS dependen del Ministerio de Salud de la provincia y tienen un área operativa delimitada para cada uno de ellos, que se va modificando cada cinco años de acuerdo al crecimiento de la población. Cabe aclarar que a la fecha no hay registros actualizados respecto al número de habitantes que forman las áreas de cobertura de cada CAPS.

En el Área Externa se estima que están afectados alrededor de 350 trabajadores de la salud.

Los equipos de los once CAPS están integrados por médico generalista, enfermero, trabajador comunitario de salud en terreno (TCST), administrativos, mucamas, odontólogos y psicólogos. En algunos se pueden encontrar pediatras, parteras obstétricas, nutricionistas y en uno kinesiólogo. No todos los trabajadores dependen exclusivamente del departamento del área externa, tal es el caso de los psicólogos, que dependen del servicio de salud mental; ginecólogos y parteras obstétricas del servicio de maternidad e infancia y pediatras del servicio de pediatría. (Jefe Departamento Área Externa, HZT, comunicación personal, mayo 29, 2013)

Una de las figuras importantes es la del TCST, cuya función primordial es establecer un vínculo particular con la población para salvar barreras en la implementación de los programas propios del sector salud y en la realización de las acciones esenciales de la atención primaria; tiene su precedente en la antigua figura del agente sanitario. Como tareas específicas realizan el relevamiento de las características de la población a cargo, desarrollan acciones programadas según las normativas de salud nacionales y provinciales en su área de trabajo y actividades con la población. Efectúan visitas domiciliarias a 150 familias logrando 4 rondas anuales de 3 meses y a posteriori un informe socio sanitario por trimestre y un informe anual socio demográfico. Si bien están determinados los criterios de vulnerabilidad en las normas provinciales del trabajo comunitario de salud en terreno, queda a expensas de la apreciación subjetiva de los trabajadores la determinación de los mismos. (Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, 2005).

A continuación se brinda información sobre la estructura y dinámica de los CAPS que hacen al contexto de estudio de este trabajo. Cabe mencionar que parte de los datos se recabaron a través de la observación de los centros; por lo cual, a cada CAPS se asignó un número, en función del orden en que fueron observados, para preservar de este modo la identidad de los trabajadores que se desempeñan en cada uno de ellos.

Ubicación y Estructura Edilicia

El funcionamiento de la mayoría de los CAPS se inicia en lugares alquilados por la municipalidad como los comedores o en edificios de las iglesias, entre las décadas del 70' a los 90'. La aparición de los primeros centros coincide con el crecimiento demográfico producido a mediados de la década del 70' por el auge del parque industrial de Trelew. Entre el 2004 y el 2006 se construyeron los nuevos edificios donde funcionan actualmente, con excepción de dos de ellos, CAPS "La Loma", primer centro de la ciudad, que tuvo desde el comienzo un lugar propio y su emplazamiento próximo al parque industrial; y CAPS "Tiro Federal" que tuvo un edificio propio en el 2003, donado por una iglesia mormona, con reformas en los últimos años (Departamento Área Externa HZT, 2010).

Actualmente están emplazados en diferentes puntos de la ciudad y es accesible llegar a los mismos, con excepción de uno, que está emplazado en la cima de una subida. La mayoría de las calles para llegar a los centros están asfaltadas, aunque en algunos barrios las calles aledañas son de ripio. En general los edificios están cuidados y pintados.

El diseño arquitectónico de los centros es similar, principalmente la de los nuevos edificios. Hay diferencias en la cantidad de consultorios que fluctúan entre tres y ocho según la amplitud del centro, los más grandes son CAPS 1 y 7. Sólo en dos centros, salud mental tiene un espacio específico y coincide que son centros sedes de la RISM (CAPS 1 y 4).

Dos centros (CAPS 8 y 9) hicieron referencia explícita a que el número reducido de consultorios obstaculiza la atención de los profesionales.

En CAPS 7 el espacio original del salón de usos múltiples, lo modificaron para hacer 3 consultorios.

En todos los CAPS hay sillas distribuidas en las salas de espera, también hay matafuegos, ventiladores, televisor, sanitarios públicos y de discapacitados; sin embargo, este último espacio, se lo utiliza como depósito. Existe una amplia variedad de carteles y afiches en las paredes sobre prevención y promoción de la salud. Todos tienen una cartelera especificando los días y horarios en que los trabajadores concurren al centro pero generalmente está desactualizada, (con excepción de CAPS 9 y 11), sea en el nombre del coordinador o en la franja horaria del CAPS y/o en el horario y días de atención de los profesionales.

En todos hay un lugar destinado a vacunación y otro a apoyo pediátrico, donde se encuentra la medicación. También cuentan con cocina, sala de máquinas, una administración y un espacio para las TCST, con la cartografía del área programática.

Organización y dinámica de funcionamiento

Todos están abiertos de lunes a viernes de 8 a 16 hrs. (hasta hace unos meses el cierre era a las 18 hrs.), cinco centros están también abiertos los días sábados de 8 a 16 hrs. (en algunos el cierre es a las 14 hrs.) y tres centros los días domingo, de 8 a 14 hrs., tienen cobertura sólo de enfermería. Cabe aclarar que durante el período en el que se desarrolló la observación, se registró una reducción de la franja horaria de los médicos y enfermeros por el conflicto con la implementación del Convenio Colectivo de Trabajo, que tuvo como corolario también una reducción de la franja horaria de cobertura de los centros.

La dinámica de organización de los turnos es igual en todos los centros, se dan a las 8 de la mañana y en un centro también a las 12 hrs. Los administrativos explican que, si bien los mismos se dan con un número límite establecido por los profesionales, en algunos centros se reciben personas durante toda la franja horaria, si es que hay disponibilidad de turnos, pero generalmente se reservan algunos para las urgencias.

Los turnos que se dan en el día son generalmente para el médico, odontólogo, pediatra y ginecólogo; el resto de los turnos son programados como los del psicólogo, obstetra, nutricionista y kinesiólogo.

Se dan un promedio de 15 turnos por médico y en el caso de odontología ocho turnos. En los turnos diarios a demanda se incluyen también los turnos programados de controles de niño sano, de embarazadas y de patologías crónicas (hipertensos y diabéticos). Los controles de niños sanos, los realiza el médico generalista en los centros en los que no hay pediatra y generalmente los controles auxiliares de niño sano y patologías crónicas, son evaluados por enfermería (control de peso, talla, glucemia, etc.) antes de la atención médica.

La mayoría de los administrativos explicaron que para los turnos de salud mental citan a la persona para que directamente hable con la psicóloga el día que concurre al centro de salud, ya que es la misma profesional quien organiza sus turnos.

La mitad de los centros hicieron referencia a que los turnos dados muchas veces no alcanzan para cubrir la demanda del día, situación que se agrava por la falta de médicos y por la reducción horaria de los mismos por el conflicto en relación al Convenio Colectivo de Trabajo. Un médico del CAPS 7, comenta que en ese centro hay un consultorio de rayos, con equipamiento apropiado, sin embargo, refiere que “hace un tiempo vinieron a inaugurarlos desde el hospital, pero todavía no está en funcionamiento porque falta hacer algunas pruebas respecto a la radiación”. Respecto a la inauguración de obras pasó lo mismo con la reapertura de uno de los centros, lugar que públicamente se inauguró en una fecha, pero se concretó casi dos meses después.

Generalmente enfermería tiene un trato cordial con las personas que consultan, la llaman por su nombre de pila o por el apellido y permanecen con ellas entre cinco y diez minutos. El mismo trato se puede observar de parte de los administrativos hacia las personas que consultan.

Programas de Salud

Todos los centros están atravesados por Programas de Salud Provinciales y Nacionales y las prácticas desarrolladas se organizan en función de los mismos.

Los programas más frecuentes referidos por los trabajadores son Remediar y el Sumar (Plan Nacer con cobertura ampliada). Se hizo también referencia al Programa de Inmunización, el de Maternidad e Infancia, al de Planificación Familiar, el de Factores de Riesgos Cardiovasculares, el de Enfermedades Transmisibles, entre otros.

Registros utilizados

Las prácticas de los trabajadores se registran utilizando el instrumento Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) del primer nivel de atención, aprobados de interés nacional, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación. Las prácticas se facturan a través del CMDDB. También se completan los formularios en relación a los datos que pide cada programa, algunos se rinden mensualmente, otros en un lapso mayor.

Equipos

En todos los CAPS la conformación de los equipos es similar, a todos concurren de lunes a viernes el médico generalista, el odontólogo, las TCST, enfermeros y personal de maestranza. La mayoría de los médicos son generalistas, aunque también se pueden encontrar médicos clínicos. También en todos hay psicólogas (dos veces por semana), ginecólogos (una vez por semana), nutricionistas (entre una y dos veces por semana), obstetras (la mayoría entre una y dos veces por semana; en otros, todos los días). La mayoría de los profesionales concurren de mañana.

A ocho centros concurre un médico clínico y en algunos la atención la realizan de tarde, a siete centros una pediatra, a cuatro una fonoaudióloga (entre una y dos veces por semana), a dos centros concurre una estimuladora temprana durante el período escolar y sólo a uno asiste un kinesiólogo. En cuatro CAPS hay serenos cuya función es abrir y cerrar el centro y en dos CAPS, a veces, se puede encontrar también presencia de policía comunitaria.

Dos centros son sede de la RISMC y en un tercero concurren residentes de tocoginecología y de medicina general.

Los coordinadores de los centros en su mayoría son médicos generalistas, en dos centros ésta función la desempeñan enfermeros.

Prácticas Sanitarias

Las prácticas diarias que se desarrollan en los centros están organizadas también según los distintos trabajadores, por ejemplo, enfermería de 8 a 8:30 hrs. realiza la desinfección y preparación de su lugar de trabajo; luego hacen los controles de niño sano, control de hipertensos y diabéticos, prácticas de vacunación, entrega de medicación, entre otras.

Las prácticas médicas están relacionadas con la atención de pacientes de todos los grupos etarios, programados y los que ingresan por alguna urgencia. Hay prácticas que tiene que ver con lo preventivo como el papanicolaou, también se realizan cirugías menores, curaciones, vacunas, controles de niños sanos, de embarazadas, atención del niño enfermo, control del adulto de las enfermedades crónicas, la atención de la mujer en edad fértil, etc. La vacunación se trabaja principalmente con las escuelas.

Las prácticas odontológicas se realizan a personas mayores de 14 años, los menores a esa edad, se derivan al consultorio de odontología infantil que funciona en otro espacio del hospital. En la mayoría de los centros, los profesionales destinan un día a la semana para intervenciones más complejas o que demandan más tiempo como cirugías o arreglos dentales. Personal de laboratorio del hospital concurre a todos los centros dos veces por semana, hay un límite de 10 turnos para extracciones de sangre, sin tope de turnos para el resto de los análisis.

En tres centros se realizan dos veces por semana ecografías.

Dos centros (CAPS 5 y 7) realizan visitas programadas semanalmente a la zona de chacras, actividad que data de largo tiempo. Generalmente van los enfermeros, TCST y en algún caso puntual el médico. En CAPS 5 actualmente, si bien intentan ir una vez por semana, redujeron el horario, por la poca disponibilidad del vehículo del hospital.

En CAPS 9, también forma parte de su área de cobertura la zona de chacras, sin embargo, no efectúan visitas sistematizadas a ese lugar por dificultades en la gestión del traslado, según refiere una de las TCST.

Características de la Población

Las TCST de todos los centros explicaron que no tienen datos exactos de la población a la que dan cobertura, ya que hace unos meses modificaron las áreas programáticas de todos los centros, para que también el radio céntrico de la ciudad tenga un CAPS de referencia; por lo que a la fecha están censando a las personas del área para actualizar la información.

En todos los barrios hay instituciones educativas, en algunos, juntas vecinales, iglesias, presencia de policías comunitarios, entre otras.

La característica de la población varía en función del barrio correspondiente a cada centro de salud, incluso hay diferencias entre los barrios que forman parte de la misma área de cobertura. La mayoría tiene los servicios básicos (agua, luz, gas), en algunos predomina población adulta mayor, en otros niños, algunos no tienen trabajo estable ni obra social; los lugares más vulnerables los relacionan con los asentamientos en los que no tienen las necesidades básicas satisfechas. En los CAPS que tienen dentro de su área de cobertura barrios privados, las TCST refieren que esas personas tienen obra social y les cuesta mucho que colaboren con el censo o que les den algún dato que ellas necesitan (CAPS 5 y 6). En la mayoría de los centros las

TCST explicaron que no son suficientes para cumplir con todas las tareas estipuladas y para ocuparse de toda la población del área.

Información a la población

En todos se registró gran variedad de carteles o afiches de prevención y promoción de la salud sobre múltiples temáticas, pocos hacían alusión a la invitación para realizar alguna actividad o taller. Muchos fueron elaborados por las TCST en conmemoración de alguna fecha y la estructura que siguen es explicar una patología médica, luego las medidas de prevención y finalmente los criterios de vacunación según enfermedad. Cabe aclarar que al observar a las personas en sala de espera muy pocos las miraban.

En CAPS 1 y 4 se observaron carteles que hacen alusión explícita a temáticas específicas de salud mental, coincide que ambos son sede de la RISMIC.

En CAPS 1 a la entrada del centro hay un cartel en alusión al Día Internacional de la Salud Mental. Una señora que tiene en ese mismo lugar un stand de ventas de libros se acerca y comenta que “la cartelera es linda pero que la gente entra rápido y nadie la ve”.

En CAPS 4 hay carteles con invitación a reuniones de familiares con personas con discapacidad, sobre lo que es salud mental comunitaria, sobre aspectos a tener en cuenta para proteger la salud mental. Se observa espacio físico específico para salud mental, un consultorio lo utiliza la RISMIC y el otro es para las consultas individuales de psicología. Ambos lugares están identificados con un cartel, indicando los días y horarios de las dos psicólogas que concurren. En este centro comenzó a funcionar en el 2003 la RISMIC.

En todos los centros existe algún cartel o afiche que estaba desactualizado, por ejemplo, calendario de vacunación (2012), o de alguna actividad que ya había transcurrido. Sin embargo, en CAPS 3, los afiches de prevención y promoción de la salud se habían retirado para su renovación y actualización.

Es válido mencionar que, si bien en todos los centros se hacen actividades para fomentar la realización del papanicolaou, hace meses que el hospital no cuenta con patólogo para analizar los mismos, ya que ese profesional renunció; sin embargo, las muestras se siguen efectuando, información brindada por uno de los médicos (CAPS 7).

En CAPS 1, 7, 8 y 10 en la sala de espera, los recipientes para preservativos se encontraban vacíos, aunque en todos ellos había carteles que alentaban al uso del mismo.

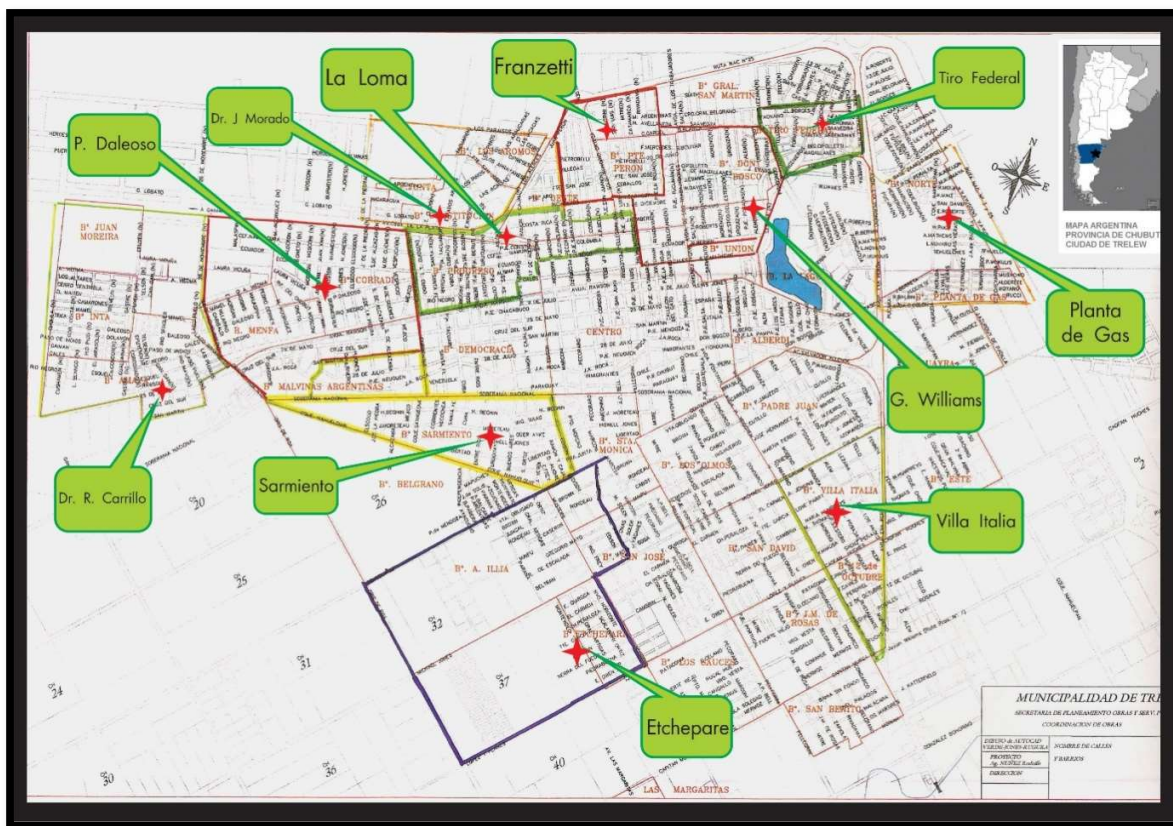
Dos centros tienen el libro de quejas en la ventanilla de la administración y en otros fuera del alcance de las personas. En CAPS 7 se observa un reclamo del mes de mayo del 2013 de uno de los vecinos, para que el centro abriera las puertas a las 7 de la mañana, por las inclemencias del tiempo; actualmente abren aproximadamente a esa hora. En CAPS 11 no se registran comentarios desde el 2011.

El cuadro presentado a continuación pretende sintetizar las características de los centros de salud desarrolladas previamente.

ESTRUCTURA EDILICIA DE LOS CAPS	- N° de Consultorios: entre 3 y 8 - 2 CAPS tienen espacio específico para salud mental - 2 CAPS tienen salón de usos múltiples - Todos cuentan con sanitarios públicos y de discapacitados - En todos hay salas de vacunación y apoyo pediátrico
DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN INTERNA	- Horarios de atención: lunes a viernes de 8 a 16 hrs. Sólo un CAPS otorga turnos también a las 12 hrs. Cinco CAPS realizan atención los sábados y tres los domingos, solo con prestación de enfermería. - Concurrencia matutina de la mayoría de los profesionales - Se otorgan los turnos por orden de llegada a partir de las 8 de la mañana. Promedio 15 turnos (número sujeto al criterio de los profesionales). - Los cupos de turnos se dividen en programados y de consulta espontánea. - Los profesionales de salud mental tienen su propia organización de turnos.
PROGRAMAS	- Nacionales - Provinciales
REGISTROS	- CMDB - Planillas y Formularios varios

PRÁCTICAS	- Asistenciales - Control y seguimiento - Visitas domiciliarias - Actividades de prevención y promoción de la salud - Laboratorio (2 veces por semana, 2 horas) - Ecografías 3 CAPS (dos veces por semana)
CONFORMACIÓN DEL EQUIPO	- Concurrencia Diaria: Médico Generalista, Enfermero, TCST, Odontólogo, Maestrana y en 8 CAPS pediatra. - Concurrencia Alternada: Psicólogo, Nutricionista, Ginecólogo, Obstetra, Médico Clínico, Fonoaudióloga (4 CAPS), Estimuladoras tempranas (2 CAPS), Kinesiólogo (1 CAPS).

Mapas 2 Centros de Atención Primaria de la Salud y Áreas de influencia. Trelew



Fuente: Elaboración propia a partir Análisis de Situación, Área Externa, HZT, (2010)

4.2. Representaciones sobre problemáticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención

De los trabajadores entrevistados, tres médicos, dos enfermeros, tres TCST y tres psicólogos, nombran como problemáticas de salud mental las patologías psiquiátricas y aspectos que hacen a la violencia, abuso, adicciones, entre otras; donde predominan visiones centradas en la enfermedad.

“Alcoholismo, eso sí, yo te puedo decir, mucha gente joven y también de mediana edad, hombres y mujeres también, con el tema de alcoholismo, mucho. Que por ahí se empiezan a atender. Y después te vienen todos estos indagnosticados que consultan por otra cosa. Mucho trastorno de ansiedad, muchas mujeres por ahí con conflicto de violencia de género (...)” (M4).

Uno de los médicos nombra las adicciones con mayor frecuencia, luego problemáticas relacionadas con la ansiedad y depresión (M3); otro de sus colegas expresa depresión, ansiedad, situaciones de duelo y problemáticas en el núcleo familiar (M2).

Un enfermero enumera intentos de suicidios, problemáticas familiares, (familias ensambladas, los cambios de roles, etc.), situaciones de abuso, consumo de drogas (E4) y otro manifiesta adolescentes con problemáticas de consumo y embarazo (E3).

Un TCST refiere las relacionadas con patologías agudas (T1), un compañero menciona situaciones de violencia y abuso (T3) y otro refiere adicciones, usuarios con esquizofrenia, depresiones e intentos de suicidio (T4).

Uno de los TCST no identifica las problemáticas de salud mental con las que trabaja, manifiesta que trabajó sólo con un paciente que tenía esquizofrenia.

“(...) Yo no he tenido casos, pero sería bueno que estemos preparadas como trabajadoras comunitarias para enfrentar una situación así en domicilio, porque es como que nosotros vamos a su hogar, somos nosotras que estamos llegando, estamos invadiendo su sector y por ahí, por ahí si a mí me toca un caso de una persona yo no sé cómo actuar (...)” (T2).

Las psicólogas hacen referencia a patologías como depresión, trastorno de ansiedad, entre otras.

“Desde trastornos de ansiedad, depresiones, pacientes psicóticos en APS que se hace el seguimiento, conflictivas de pareja, es muy general, de todo se recibe (...) (P2).

“Adultos hay muchos trastornos de ansiedad, mucha depresión y lamentablemente hay muchos casos de intentos de suicidios, consumo de alcohol, de fármacos, muchos casos de que vemos también en la guardia y luego lo seguimos por consultorio externo” (P3).

“Así como diagnóstico, cuestiones de crisis de ansiedad, de angustia, episodios de autolesión, autoagresión, procesos de duelo por pérdida de un familiar o de un embarazo (...) después bueno puede llegar gente que está, que no sabe qué hacer con su vida, que por ahí necesita como una especie de charlar con alguien y recibir algún tipo de orientación desde, qué estudiar, donde buscar trabajo, como mejorar su calidad de vida, hay también de ese tipo de demandas, no solo desde el sufrimiento propio de una patología ya establecida sino del cotidiano, de lo que sufre (...)” (P4).

“muchos episodios de así tipo, con ansiedad, mucha cuestión de trastornos de ansiedad es lo que me ha llegado y en mujeres, episodios que vienen pasando hasta que bueno, pasa algo y consultan, es una de las demandas más frecuentes en este centro de salud y mamás con niños que vienen a consultar por el niño derivado (...)” (P1).

Algunos actores reconocen la complejidad que tienen las problemáticas de salud mental, aunque siguen pensando el padecimiento mental desde la patología o desde la cronicidad.

“Yo creo que todo, es muy amplio salud mental. Creo que en cada intervención uno hace salud mental. Salud mental para mi es todo, en cada intervención e incluso también en la persona que consulta por su salud física también uno ayuda a la salud mental de la persona (...)” (P3).

“Me parece que es complejo en el armado de toda la red que contiene al paciente de salud mental, eso me parece que es lo más complejo. Acordándome de una amiga, (risas), la complejidad está en lo comunitario, es lo más complejo y es lo más complejo, digamos. Atender a una persona, medicarla y demás es te diría lo menos complejo, sencillo, o debería serlo, lo más fácil. Ahora armarle a este tipo todo como para que esté compensado, tenga su medicación, pueda gozar de sus derechos y demás es tremendamente complejo” (M1).

“Es que es todo lo que uno hace, yo no lo veo aislado, no creo que haya un día donde uno hace actividades de promoción y prevención y trabaja en salud mental y el resto no, uno es un psicólogo que viene formado para trabajar en el área de salud mental comunitaria con un determinado perfil y no se limita a un horario, por eso te digo lo trabajas desde el momento en que una persona viene a sacar un turno (...)” (P1).

En los trabajadores persisten expresiones que aluden a las personas con padecimiento mental como peligroso o como alguien que puede dañar, situación que operaría como obstáculo para involucrarse en el trabajo con los mismos.

“(...) En otros centros de salud si por ahí hay pacientes que tienen una patología más severa y se habla de que el tratamiento es otro y la atención es otra y hay distintos tipos de pacientes también. Nosotros por ejemplo allá en el centro de salud los pacientes que van generalmente a la odontóloga, van acompañados con algún acompañante de las casas esas de casas de día creo que se llaman, centro de día y bueno, en caso de que

tenga que atenderlo enfermería si es algún paciente violento entra el asistente con el paciente, lo mismo a odontología. (...)” (E4).

“Claro, porque hay gente que le tiene miedo, y es verdad. Hay gente que le tiene miedo y que por ahí hay ciertos casos no se quieren, no sé si, por si se ponen violentos, sí por diferentes cuestiones, porque vos no sabes de qué manera va a reaccionar. O sea, uno va a hacer hasta donde puede y va a tratar de buscar la solución, pero si la persona se pone violenta, vos ya tenés que tratar de buscar otro tipo de solución” (E2).

“(...) también sabemos hasta donde llegamos porque por ahí tenemos pacientes de que no, que sabemos que tienen problemas mentales y que son agresivos, que no podemos llegar al domicilio. Así que bueno, no sé cómo decirte” (T3).

4.3. Prácticas de salud mental desarrolladas por los trabajadores de salud del primer nivel.

La mayoría de los entrevistados abordan las problemáticas de salud mental de acuerdo a los modelos clásicos de atención, donde se refleja una coexistencia entre el modelo tradicional de abordaje y los lineamientos de salud mental comunitaria. Las características del primero se centran en la enfermedad, siendo su práctica rectora la atención del nivel especializado, excluyendo las condiciones generales de bienestar. El segundo se plantea como forma de pensar la salud mental no sólo dependiente de factores biológicos, sino que tiene en cuenta las condiciones de existencia. Dada su complejidad las acciones tienden a generar un mayor nivel de bienestar, excediendo el marco tradicional de las intervenciones de salud. Consecuencia de esta convivencia es la diversidad de prácticas que responden a ambos modelos. Todavía se advierte la pregnancia de los criterios clasificadores de las viejas concepciones psiquiátricas que aún persisten, en la comprensión del sufrimiento mental y de sus tratamientos. Al respecto Galende (1997) expresa:

(...) Esta idea de la incapacidad, o de lo que le faltaría a un sujeto para ser “normal” promovida desde el inicio por la comprensión psiquiátrica, se extendió luego en el dispositivo más amplio de lo mental y en la comprensión jurídica y social del enfermo, impregnando muchas de las teorías sociales y psicológicas de la enfermedad mental (...) (p. 50).

En sólo una de las psicólogas se percibe en sus acciones la integralidad entre salud mental y atención primaria, como por ejemplo al plantear las temáticas con las que trabaja, en la

significación y formalización de actividades de prevención y promoción de la salud, en la deconstrucción del rol clásico del psicólogo en el trabajo en el primer nivel, a la incorporación de los marcos regulatorios y la perspectiva de derechos de los pacientes.

En los médicos sus expresiones aluden al rasgo biologicista, centrado en la necesidad de atacar la enfermedad, dejando al margen al individuo como ser integral y la concepción de la enfermedad como proceso. En sus alocuciones se denota que la especialización conduce a la fragmentación del objeto de conocimiento. Reducen sus intervenciones a la interconsulta con psicología y/o psiquiatría.

Es significativa la escasa implicación de los mismos al momento de abordar temáticas de salud mental, considerando la especialidad de su formación “generalistas”, en la cual se supone una formación integral para el abordaje de los sujetos que consultan, con una visión global de la persona, teniendo en cuenta la comprensión del contexto y la interacción de factores que giran en torno a los padecimientos.

“(...) Pero práctica exclusivamente de salud mental, te diría que poca. Viste que es toda una discusión si el médico generalista debe tratar o no una depresión. Yo en algún momento lo trataba, pero después que retomé mis prácticas de consultorio, no, no, no me he puesto. Prefiero derivárselo a un psiquiatra, si es que lo hay” (M1).

Uno de los médicos excluye de sus prácticas el abordaje de las problemáticas de salud mental. En caso de que se le presente algo relacionado con este tema, lo resuelve con la atención médica y a la interconsulta con la psicóloga de su centro.

“(...) pero lo que te quiero decir es que no forma parte de mi práctica habitual lo que tenga que ver con cuestiones de salud mental. Yo interconsulto mucho con la psicóloga de acá (...)” (M2).

“¿Qué prácticas? Atención por alguna patología aguda. No, nada, la verdad que nada. Más que nada eso, alguna visita domiciliaria a alguno de estos pacientes que te digo, pero siempre relacionado con alguna patología que te demande. (...)” (M4).

Otros médicos atribuyen como obstáculo para el trabajo con las problemáticas de salud mental la falta de formación en el nivel de pregrado y de posgrado, condición que las hace inabordables.

“Si, yo la principal limitación soy yo, es mi falta de capacitación, eso te diría es como una luz roja que se prende (...)” (M1).

“(...) yo recuerdo que psiquiatría era opcional dentro de mi residencia, no era una cosa que decías bueno o salud mental o lo que fuere ¿no? pero era opcional (...)” (M2).

Otro de los médicos que se desempeña como coordinadora de la residencia de medicina general manifiesta:

“(...) estamos con tareas de docencia, preparando clases. Tenemos un día de pediatría, un día de obstetricia, otro día de ginecología y los días jueves salud pública (...)” (M4).

Como se observa todavía no está contemplada la inclusión de las temáticas de salud mental en la formación de los residentes de medicina general en Trelew, aunque éste sea un espacio de formación de la especialidad en servicio y se declare por ley la salud mental como quinta clínica básica.

Respecto al grupo de las TCST es importante mencionar que, en el curso de su formación inicial, tampoco se incluyen temáticas de salud mental, sin embargo dentro de los criterios de vulnerabilidad algunas consideran a los usuarios de salud mental.

Las TCST también abordan las problemáticas de salud mental de acuerdo a los modelos clásicos de atención, al momento de pensar actores para intervenir frente a una problemática de salud mental, recurren a trabajadores clásicos como psicólogo y psiquiatra.

De acuerdo con lo expresado realizan prácticas acotadas en relación a la amplitud que tiene este campo, centradas en la prevención de la descompensación del usuario, incluyen el seguimiento y control de personas con padecimiento mental.

A continuación, se divisan sus modos de intervención, generalmente circunscriptas a la verificación de la concurrencia al turno con algún especialista o al cumplimiento del plan de medicación.

“Depende, sino fue al control de salud mental, uno va a la casa, charla a ver qué pasó, capaz que no se acordaba que era el día o se enfermó o le pasó algo extraordinario y se trata de reprogramar el turno. Informarle por qué, de la importancia que vaya a control, sino fue por la medicación lo mismo, a ver qué pasó, capaz que no pudo movilizarse, o no había un familiar si necesita compañía que lo acompañe. (...)” (T1).

“Y por ahí decís, por qué no haces una consulta, en el centro de salud tenemos psicóloga, acércate, y por ahí más que nada, mujeres por ahí que han sido, o que te confiesan que son golpeadas. Porque uno, porque muchos tienen el prejuicio de eso, de que los psicólogos son para locos” (T3).

“Y yo pienso que el médico y la psicóloga, nosotros lo detectamos en terreno, en la vivienda y lo derivamos, que no está a nuestro alcance y ahí ya actúa el profesional” (T4).

No identifican que las actividades de prevención y promoción de salud efectuadas, abarcan componentes de salud mental. Sin embargo, en el relato de los ejemplos se vislumbra la inclusión de aspectos en relación a salud mental.

“Y en un caso de violencia, de abuso, o por ahí el estado anímico de las personas que por ahí muchas veces no, o sea, con sólo hablar vos por ahí te das cuenta como está esa mujer anímicamente, que generalmente nosotros tenemos relación con las mujeres de la casa” (T3).

En relación a los enfermeros sus prácticas de salud mental se remiten al control del paciente en la toma de medicación, orientación a la psicóloga y gestión de turnos con el psiquiatra; sin embargo, también ejecutan acciones de salud mental sin reconocerlas como tales.

Uno de ellos frente a las temáticas de salud mental se comporta como agente activo, al momento de intervenir frente a una descompensación considera que tiene que intervenir todo el equipo del centro.

“(…) Pero más que nada tenés que tener una buena relación con la gente porque es necesario la buena relación, porque capaz la gente no viene por ahí enferma, por ahí viene a buscar esa necesidad de ser escuchado (...) por ahí capaz no tanto el conocimiento, por ahí darle las herramientas a la gente para que pueda sentirse bien, o sea, que más allá de la enfermedad o de la dolencia que tenga, o sea, pueda solucionar el problema de otra manera. Que busque alternativas, que se yo, por ahí si no es un psicólogo, un nutricionista, una actividad que la ayude por ahí a estar bien, que se yo” (E2).

Otro de los enfermeros si bien plantea para el abordaje de las problemáticas de salud mental la conformación de una red de trabajo, no contempla al trabajador de salud mental como miembro del equipo del CAPS.

“(…) me parece que la gente que está capacitada. Me parece que ahí tiene que intervenir el psicólogo en primera instancia y después me parece que, si es necesario la intervención del psiquiatra, de alguien que tenga que ver con salud mental (...)” (E4).

En el caso de otro de sus colegas además de la práctica convencional de enfermería se observa una visión ampliada de la salud mental, a través del diálogo introduce el componente de salud, aspectos vinculares, de recreación y la perspectiva de derecho.

“(...) en realidad nosotros tenemos que ayudarlos y si ustedes ven por ahí que alguien tiene actitud discriminatoria como por ejemplo los discriminan porque son de otro país, ustedes hasta pueden denunciar ¿saben dónde denunciar?, bueno, toda esta cosa que a mí me parece que era salud mental (...)” (E1).

El último de ellos en el contacto con las personas promueve el componente de salud, incentiva el lazo social, espacios recreativos y laborales. Refiere que todas las actividades de prevención y promoción se vinculan con salud mental (E3).

Los trabajadores expresan disimiles acciones en cuanto a las actividades de rehabilitación, entendidas según la ley provincial de salud mental como “acciones destinadas a reducir los déficits de funcionamiento y discapacidades, debidos a trastornos mentales o problemáticas psicosociales tanto en el ámbito personal como en lo laboral y social” (Ley I N°384/09). En la mayoría se observa esta dicotomía en tanto algunos fomentan acciones de inclusión en áreas laborales, ocupacionales, de vivienda, entre otras pero sin incluirlas en el proceso de atención; otros las piensan centradas en los déficits y en espacios diferenciados para el usuario de salud mental.

“(...) hay talleres, hay cosas, no los pongamos con todos, pongámoslos a ellos todos juntos, sin discriminar (...)” (E2).

“(...) entonces yo decía que falta que le hace a esta gente en lugar de estar encerrada acá que fuman y que van y que vienen, van y vienen, un espacio donde ellos puedan hacer algo o por ejemplo o ponerle, que tengan algún animal, no sé. Algo, algo que los saque del entorno de eso. Me parece que eso sería muy positivo. Acá hay muchas fábricas, muchos espacios que están ahí, nada, y me parece que ahí salud pública podría hacer algo tan lindo, me parece que la gente estaría tan feliz. (...)” (E4).

“Si, para el apoyo o la mejora este, de vivienda. O a veces el estado era calamitoso entonces había que mejorar situaciones de no tener gas, de no tener necesidades básicas (...)” (M3).

“Por ahí, la inclusión más que nada, por ejemplo, más que nada el tema de alcoholismo, inclusión en algún taller para que aprenda algún oficio (...)” (M4).

“Tenemos una empresa social en el servicio de salud mental y cuando se ha atendido, bueno, casos que cuentan con el perfil para incorporarse a la empresa lo he hecho (...)” (P3).

“(...) esto de la búsqueda de trabajo también u orientar como poder hacer un curriculum o donde poder buscar, sí, eso sí, trato, o sea lo laboral, lo ocupacional y el tiempo libre también, yo creo que todo lo que es talleres o inclusión en los espacios por ejemplo de iglesias, sí, esa es un pregunta que hago y que fomento, porque me parece que son espacios que brindan a la persona un contexto de contención y de bienestar” (P1).

“Orientarlo, si sé dónde puedo orientarlo, derivarlo, lo derivo, entonces, si necesita, que se yo, si está muy enfermo porque tiene mucha humedad en la casa, bueno, derivarlo a las trabajadoras que ellas lo deriven a Sociales o al Municipio (...)” (E3).

“(...) lo que yo hago con los chicos, en realidad todo el tiempo hay un trabajo de estimulación cognitiva, no sé si eso se puede encuadrar en el marco de la rehabilitación (...)” (P3).

“por ahí en el ámbito de la parte de adultos por ahí no se trata de una rehabilitación así tan específica sino pensando la rehabilitación como el empoderamiento de la persona o la recuperación de sus derechos (...)” (P4).

La minoría de los entrevistados incluye en sus afirmaciones el componente de bienestar de la salud mental.

“(...) a veces también esto de ¿Qué te gusta hacer? no solamente trabajar, no sé ¿te gusta pintar? ¿Te gusta? está bueno salir a caminar, escuchar música. Me parece que eso también es salud mental. Y salud mental también es poner música acá, o tener un buen jardín, porque es nuestra casa esta, entonces también abrimos una casa diferente, preparada para que vos llegues. Me parece que eso también es salud mental” (E1).

“Promocionar qué es la salud mental, promocionar desde que esa persona o que visitan los demás o que atienden en su consultorio o que visitan en un domicilio pueda pensarse desde los lazos, desde los vínculos, desde la noción de trabajo, desde esto mismo de los tratamientos” (P1).

“(…) en cuanto al empleo, se trata de incentivar esto, en el caso de, tengo más demandas de mujeres, con estados o episodios depresivos, entonces se trata de incentivar esto de la posibilidad de pensarse no solo como ama de casa o como madre, o la mujer que tiene que estar preparando la comida, sino que también se hagan un espacio para pensarse como mujer. Entonces que traten de visualizar, trato de trabajar bueno cuáles son sus intereses, sus gustos, sus aptitudes y tratar de buscar algún taller o actividad que puedan hacer, ya que contamos con varios talleres que dependen del municipio o de provincia. Entonces para que ellas se puedan integrar en otros espacios y puedan desarrollarse personalmente”. (P4)

4.3.1 Otras prácticas sanitarias realizadas por los trabajadores en el ámbito de la atención primaria

Los entrevistados refirieron características específicas de las prácticas y del rol del trabajador en el primer nivel de atención, diferenciando su trabajo de una modalidad biomédica de abordaje, entendiendo que la misma prioriza una atención centrada en los procedimientos, focalizada en la enfermedad y la curación, circunscribiendo la relación al momento de la consulta.

Uno de los médicos considera que para trabajar en ese ámbito se deben tener presentes los pilares de la atención primaria.

“No, básicamente si vos lees la definición de atención primaria de salud ahí dice todos los pilares que tenés que tener y aspectos que son importantes para tener presentes al momento de trabajar, que es esto, de ver al paciente en forma integral, no ver sólo el paciente, ver la familia, ver cómo vive, ver en qué condiciones, el trabajo en equipo interdisciplinario, tener en cuenta que somos lo que más cerca de su casa estamos o sea, que es acceso directo, no poner barreras de ningún tipo (...)” (M3).

Uno de los enfermeros destaca que su labor en el centro de salud le permite un abordaje integral, incorporando en sus intervenciones el conocimiento de las familias. Considera el trabajo de enfermería como multifacético, en contraposición con el rol del enfermero en el hospital.

“(…) yo interpreto y es lo que a veces hablamos con mis compañeros de que nosotros tenemos un trabajo multifacético porque no tenemos todas las dependencias del hospital

o no tenemos todo el personal que tiene el hospital, atendemos todas las dependencias hospitalarias, pero reducidas en un sólo ámbito (...)" (E4).

El mismo actor expresa que en la actualidad la burocratización de las prestaciones desvirtuó la esencia de la atención primaria, en tanto se focaliza que a mayor cantidad de pacientes atendidos, mejor calidad de servicio. También hace referencia a una connotación negativa que porta el trabajador del área externa, básicamente por ubicarse fuera del hospital, primando el modelo hospitalocéntrico.

"(...) en aquella época el que trabaja en el área externa era el que estaba castigado, el que en el hospital no servía o tenía muchos problemas, lo mandaban a lo que se llamaban los periféricos. Entonces el estar en un periférico, era como que estaba el que no servía (...)" (E4).

Además hace una crítica respecto del posicionamiento que muchas veces tiene salud cuando sólo satisface la demanda de la población sin trabajar el rol activo que deberían tener en el proceso de salud enfermedad.

Los enfermeros fueron quienes marcaron una diferenciación en sus prácticas, respecto al enfermero del hospital, observando un desprestigio de su trabajo en el ámbito del centro de salud con respecto al ámbito hospitalario, situación que data de largo tiempo según refieren los actores. Este desprestigio asociado con el trabajo en el primer nivel de atención, en relación a las especialidades hospitalarias, también fue visualizado en una investigación multicéntrica, en la que se analizó el estado de la estrategia de APS en los países de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay (Stolkiner et al 2011).

"Porque el área externa, siempre, siempre ha sido dejada de lado, lo dejaron de lado porque como que en el área externa nosotros no trabajamos, no hacemos nada, tomamos mate nomás. Hasta nuestros mismos colegas de enfermería cuando llamamos a la ambulancia o algo, viste, te preguntan ¿tomaste la presión? ¿Tomaste esto?, o sea, las cosas básicas que nosotros sabemos que las tenemos que hacer, nos consideran que nosotros llamamos a la ambulancia porque no sabemos qué hacer (...) y bueno, es como que allá en el hospital están todos los que saben trabajar que acá no" (E3).

Otro de los médicos refiere que en el primer nivel se trabaja con problemáticas que exceden el ámbito individual y que para trabajar en dicho espacio es necesaria la predisposición al trabajo en equipo, dada la complejidad de las problemáticas que se presentan y el desarrollo

de actividades por fuera del consultorio. Uno de sus colegas alude a la deconstrucción de su rol profesional clásico, donde cobra relevancia el conocimiento de la población del área programática a cargo, trascendiendo los conocimientos médicos.

“(...) tener predisposición a trabajar en equipo, es fundamental, yo creo que para trabajar en el primer nivel de atención como corresponde hay que saber y estar predispuesto a trabajar con un grupo de trabajo y no trabajar solo, porque en realidad en un primer nivel de atención más allá de atender una patología específica, se atienden problemas, problemas más amplios que un dolor de algo, porque estamos atendiendo situaciones complejas” (M2).

“Primero tenes que conocer la población con la que vos trabajas, eso es lo principal, más que nada eso. Después el conocimiento te lo va dando el día a día. Me parece que no hay una fórmula como para trabajar en el primer nivel (...)” (M4).

Para el desempeño en el primer nivel uno de los enfermeros cree que es necesario además de los conocimientos específicos de enfermería, una visión integral, una buena relación con la gente y empatía; aspectos referidos también por una de las psicólogas. Otro enfermero señala aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, el trabajo intersectorial, interdisciplinario y a la continuidad temporal de los vínculos con las personas.

“(...) conoces el marido, sabes si tiene gato o tiene perro, si lo desparasitó o no lo desparasitó. Eso en atención primaria, básica. No es el paciente que se internó del apellido Giménez y se fue. Es el paciente y su familia, todo su entorno (...)” (E2).

“(...) entonces me parece que para estar en el primer nivel de atención y laburar con la prevención y la promoción de la salud hay que tener una mirada más global y más macro, que la especificidad de tu profesión (...)” (P4).

“(...) tener apertura, tener apertura a los cambios y tener incorporado que es una familia, que es un grupo, que no es una individualidad, me parece, eso nomás, si lo vamos aprendiendo o lo vamos incorporado, pero eso, que estamos en un contexto (...)” (E1).

El desarrollo de las prácticas en los CAPS les permite a los trabajadores tener una visión ampliada del desempeño de su rol, en tanto consideran como relevantes aspectos del componente relacional y la dimensión social, a diferencia de las prácticas que se desarrollan

en el hospital. Sin embargo, se observa que en las acciones aún conviven tensiones entre una modalidad hegemónica de atención y la dimensión cuidadora. Las prácticas enumeradas por los actores, se desarrollan en su mayoría en torno a funciones curativas, preventivas y de mantenimiento, funciones básicas concordantes con los lineamientos del modelo médico hegemónico (MMH) en tanto se centran en la enfermedad y donde excluyen el trabajo con las condiciones sociales de vida.

4.3.1.2 Puesta en acto de los principios de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

A continuación, se describen prácticas de los actores en relación a los principios centrales de la Estrategia de APS: equidad, accesibilidad, participación comunitaria, prevención y promoción de la salud, intersectorialidad, interdisciplina y continuidad de la atención; dado que los mismos señalan el punto de encuentro con los lineamientos de la política de salud mental comunitaria y desde donde se enmarcan las acciones desde el nuevo paradigma de salud mental.

Respecto a la **equidad** lo expresado por los trabajadores se limita a pensarla en relación a la prestación y distribución de la atención sanitaria, es decir como igualdad en el acceso a la atención sanitaria. Identifican grupos vulnerables en las diferentes áreas programáticas de acuerdo a las particularidades de cada una de ellas, que asocian con características culturales, condiciones sociales (necesidades básicas insatisfechas, asentamientos, viviendas precarias), grupos etarios (niños, adolescentes y ancianos), género (mujeres), problemáticas (adicciones, violencia). Todos visualizan que estos grupos tienen igualdad de oportunidades para acceder al sistema sanitario, sin embargo, algunos de los trabajadores manifiestan determinadas condiciones que reflejan aspectos de desigualdad.

“(...) el hospital se está quedando sin cosas básicas a veces. Es decir, no es que, esto, la falta de medicación no se evalúa en términos absolutos si falta y no, digamos la falta se podría evaluar en el año como falta de continuidad (...)” (M1).

“(...) el centro de salud queda abierto hasta las cuatro, pero al no haber atención médica, cuando viene una urgencia es como que nada, porque la enfermera no puede hacer nada” (T2).

“(...) tiene obra social, no le doy la leche, pero vos no sabes si esa persona tiene los recursos, tiene obra social, pero que sabes cómo es su grupo familiar, si le alcanzan los recursos para comprar la leche a ese niño (...)” (T1).

“(...) la demanda más rechazada que hay acá es la parte médica” (E3).

Lo referido por los entrevistados en relación a la **accesibilidad** alude a distintos aspectos que obstaculizan el acceso real de la población al sistema sanitario. Manifiestan que ocho de los once centros son accesibles geográficamente, a excepción de tres CAPS cuya localización geográfica, emplazados en la cima de una loma, dificulta llegar a los mismos.

Todos expresan que los CAPS son también accesibles en cuanto a la cobertura básica: al organigrama de la atención, la disponibilidad de turnos, poca demanda rechazada. Sin embargo, en el relato al enumerar las barreras para acceder al sistema de salud se develan contradicciones en cuanto a la organización rígida de los turnos, a la distribución de la carga horaria (mayoría de mañana), a la burocratización de las prácticas, al trato dispensado por parte de miembros del equipo, a la falta de recurso humano, de medicación e insumos; lo que marca una brecha en la comprensión de las necesidades reales de la población.

Frente a esas barreras algunos intentan compensarlas generando otras formas de trabajo, como las visitas domiciliarias para aquellas personas que no pueden movilizarse y acuerdos de trabajo entre los miembros del equipo.

Es importante mencionar que al hacer referencia a la accesibilidad, las prestaciones además de contemplar los diferentes elementos involucrados en el proceso de salud-enfermedad, también deben tener un grado de aceptabilidad en función de las expectativas de las personas. También se vuelve imprescindible por parte del sistema sanitario el seguimiento de los usuarios brindando tratamientos y cuidados a lo largo del tiempo, contando con adecuados mecanismos de referencia y contra-referencia (Ariovich y Jiménez, 2014).

Los actores expresaron que los mecanismos de referencia y contra-referencia, necesarios para la **continuidad de la atención**, entre los servicios hospitalarios, el servicio de salud mental y el CAPS tienen falencias que responden a múltiples causas. Estos aspectos coinciden con los resultados de una investigación realizada en cuatro ciudades argentinas, en el 2010; donde se exploró, entre otros aspectos, los obstáculos para la implementación de cuidados integrales (Gerlero et al., 2011). La misma reveló como debilidades de los cuidados integrales, el tránsito

de usuarios entre las diferentes organizaciones y la falta de acompañamiento de información pertinente en los procesos de derivación e interconsulta.

El movimiento de usuarios debe ser acompañado por los equipos de los CAPS para lograr la continuidad en el tratamiento, junto a protocolos de derivación, ponderando la integración entre los servicios antes, durante y después de la derivación (Oliveira et al., 2008).

En el presente estudio esta falencia algunos la atribuyen a una dificultad general de todos los servicios hospitalarios y otros a cuestiones particulares del servicio de salud mental, básicamente relacionada con la consulta psiquiátrica; la mayoría manifiesta no utilizar instrumentos formales para esa práctica. Algunos entrevistados ubican a la psicóloga como figura intermediaria, en relación con el servicio de salud mental, lo que no facilita la inclusión del abordaje de las problemáticas de salud mental de forma interdisciplinaria e integral por el equipo de salud.

“En general, la referencia y la contra-referencia, en general te voy a hablar, no te lo voy a hablar con el sector, porque no he tenido básicamente y en general las que más hacían referencia y contra-referencia eran las psicólogas que estaban en el centro. Ellas sí se referenciaban perfectamente y a su vez nosotros nos referenciábamos con ellas. Pero yo directamente en mi labor personal, yo con el sector de salud mental rara vez articulé” (M3).

Uno de los enfermeros también refiere que la psicóloga es quien media entre el servicio de salud mental y el CAPS (E1).

Las psicólogas manifiestan un rol activo en cuanto a la referencia (llamados telefónicos, contacto personal con los dispositivos del servicio) pero escasas acciones de contra-referencia, lo que ocasiona dificultades en la continuidad de cuidados. Argumentan que este punto es deficitario e implica un trabajo personalizado y no sistematizado. Además, señalan fragmentación en la circulación de la información, algunas utilizan canales formales como hojas de derivación, interconsulta y otras lo hacen vía telefónica. Lo expresado por las entrevistadas muestra un nivel de desarticulación de los diferentes dispositivos de la red o de los servicios, ocasionando la interrupción del cuidado en algunos de los niveles de la red.

“Yo lo que observo es que hay respuestas que tienen que ver por ejemplo con la derivación, derivación hacia dentro del sistema de salud o hacia otros sectores, pero lo que veo ahí es que el paciente se pierde, al menos desde mi experiencia en esa

derivación, porque no podemos trabajar en red, al menos es mi experiencia ¿no?, como que son intervenciones cortadas, separadas y si uno deriva después no vuelve la información” (P5).

“igual que con los especialistas, uno deriva por escrito, con el diagnóstico presuntivo, el pedido, y nunca tenes una devolución, excepto que la traiga el paciente o que te comente el paciente, pero nunca tenes la contra-referencia del profesional” (P7).

“(…) bueno tiene que ver también con qué tipo de información, quien te otorga, pero la verdad que no me parece que haya un canal muy formal donde circule esa información” (P5).

“entonces tenes que empezar a indagar nuevamente sobre lo que pasa con el paciente y el paciente empieza otra vez de cero con otro especialista, con otro profesional” (P2).

“a mí particularmente las situaciones graves, ya sea la información, me la han dado o el enfermero o la enfermera o algunos de los médicos y sí ahí suelen venir al consultorio y hablar o pedirme que vaya y hablar en privado por situaciones digo íntimas, graves. Hay otras situaciones que sí son de pasillo y es informal, la comunicación dentro del centro de salud o dentro del servicio de salud mental” (P7).

En relación a la **participación comunitaria** al momento de instrumentar los cuidados, no se refleja una posición protagónica de la población. Los entrevistados relatan experiencias en las cuales la comunidad fue convocada para realizar actividades, en su mayoría relacionadas con la prevención de alguna patología o para conmemorar algún día específico, como por ejemplo día de la madre, del niño, entre otras. Expresaron actividades cuyas temáticas no fueron exclusivamente sanitarias. Se vislumbra distintos niveles de participación de la comunidad, primando la “oferta invitación” y en ninguno de los ejemplos referidos se observa una autogestión propiamente dicha. Algunas afirmaciones ubican la responsabilidad de la “no participación” en las diferentes actividades de prevención y promoción del lado de la población, sin cuestionar o revisar la oferta de actividades que proporciona el centro de salud, si son de interés para la comunidad y que en su mayoría giran en torno a la enfermedad.

“Nosotras estábamos hablando un poquito en lo que es la experiencia cuando se generan actividades desde el centro de salud generalmente la población no va porque no lo tiene como una necesidad, ir a una actividad de prevención, de promoción, ir a

una charla, un taller, la población no lo siente como necesidad, la población va cuando quiere que la atiendan, al médico también” (P3).

“sí cuando se sienten enfermos” (P7).

En relación a las actividades de **prevención y promoción de la salud** los entrevistados las integran a su práctica cotidiana en el centro de salud. Sin embargo, no todos las asocian como inherentes a la atención primaria, reduciéndolas a actividades de concurrencia masivas sobre temáticas específicas. Las actividades nombradas tienen como primacía el eje de la prevención, tomando como base la enfermedad y los mecanismos de acción para eliminarla o disminuirla: control, detección, etc. El eje de la promoción, que se visualiza en las prácticas descriptas, se dirige a la transformación de comportamientos centrados en componentes educativos básicamente relacionados con los riesgos, como por ejemplo hábito de fumar, lactancia materna, entre otros. Se deja por fuera la esencia del verdadero sentido de la promoción de la salud, como acción tendiente a modificar las condiciones de vida y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y el bienestar (Czeresnia y Machado de Freitas, 2006). El componente promocional así descripto, se da en concordancia con la experiencia rionegrina de desmanicomialización, al referirlo como el refuerzo de los factores que protegen el bienestar, impulsando el desarrollo humano, las potencialidades y los avances (Cohen y Natella, 2013).

Tres trabajadores asocian estas actividades con intervenciones de concurrencia masiva por lo que le destinan un tiempo específico para su abordaje.

Uno de los psicólogos no visualiza las tareas de prevención y promoción como inherente a la atención primaria, en tanto las plantea sólo como actividades diferenciadas y de concurrencia masiva (P2).

Uno de los TCST visualiza la prevención y promoción de la salud como actividades obligatorias en el marco de las visitas domiciliarias ligadas básicamente al control de vacunación. No jerarquiza las actividades de concurrencia masiva o comunitaria (T1).

“En el domicilio hacemos continuamente promoción y prevención, porque esa es nuestra función, promoción de la salud y prevención, siempre, en controles de niño sano, en el programa de sexualidad, de anticonceptivos, vacunas, continuamente. Y acá en el centro de salud siempre que hay una actividad, un ejemplo para el día de la madre

se anexa papanicolaou, mamografía (...) Todo está involucrado con promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Todo lo que hacemos” (T2).

“(...) la consejería es automático, ni siquiera vamos pensado, ahora tengo que hacer consejería, no, es automático sale todo el tiempo (...)” (E1).

En relación a las actividades de prevención y promoción vinculadas con salud mental los entrevistados que no pertenecen al servicio de salud mental, no las reconocen como prácticas de salud mental, aunque algunos de ellos las realizan, pero sin visualizarlas como tales. Los agentes pertenecientes al servicio de salud mental identifican la integralidad de las prácticas de salud con salud mental.

No se evidencia en las actividades relatadas, aspectos que contemplen la salud mental positiva ni las condiciones sociales de vida.

Respecto a la **intersectorialidad** todos los entrevistados trabajan con otros sectores, principalmente con educación. Asimismo, trabajan con justicia, policía comunitaria, bomberos, iglesia, municipio (Espacios Verdes, Zoonosis, Casa de la mujer, Servicio de Protección de Derechos de los Niños, Centros de Promoción Social, Medio Ambiente). En algunos la articulación con policía comunitaria está relacionada más como fuerza de seguridad que para la construcción conjunta de alguna actividad.

Cabe aclarar que la mitad de los entrevistados realizan acciones que evidencian un trabajo de construcción intersectorial, dos mencionan que el abordaje lo hacen a través de una red; el resto de los trabajadores circunscribe el trabajo con otras instituciones al intercambio de información o derivación de casos. Se observa de acuerdo a lo expresado acciones unilaterales tendientes a la simple convocatoria.

“Con la psicóloga del SEPEP, Servicio de Psicología Educacional y Psicopedagogía, pero también esto queda en la persona ¿no? es una psicóloga que trabaja en la escuela ahí cercana y yo estaba atendiendo a un nene que iba a la escuela (...) pero por eso digo queda en el profesional interviniente, no sé si mañana cambian al profesional si se podría seguir trabajando” (P1).

Se puede pensar que lo que se presenta como una debilidad en el trabajo intersectorial es la convergencia de estructuras y no el trabajo individual entre los representantes de los sectores. En relación a la **interdisciplina** en la mayoría de los centros de salud no hay espacios sistematizados de reuniones formales de equipo. Algunos entrevistados expresaron que

cuando se reunían lo hacían para trabajar cuestiones centradas en la distribución de tareas para el abordaje de casos específicos, para la circulación de la información, aspectos administrativos sobre la dinámica del centro y pocos introducían aspectos en relación al abordaje de algún usuario con padecimiento mental. Los ejemplos brindados reflejan dificultades para definir estrategias terapéuticas complejas que involucren un equipo interdisciplinario capaz de construir una visión integral de la situación. Sin embargo, todos refieren beneficioso el trabajo con otros para ampliar la mirada sobre un tema o caso en particular.

Dos entrevistados manifiestan que no tratan situaciones relacionadas con salud mental en las reuniones de equipo (M2, E1).

Uno de los psicólogos para abordar alguna problemática de salud mental utiliza espacios informales propiciando diálogos unidireccionales, excluyendo a miembros del equipo por considerarlos no relevantes.

“(...) si quiero hablar si algún paciente no lo vemos bien que es del área de salud mental o no recibió la medicación o no hay más medicación en el CAPS o sea por ahí directamente me acerco y lo hablo con los enfermeros o llamamos a salud mental y vemos que envíen la medicación, que no le falte. Si se le va a hacer alguna visita, se programa, pero lo hablo con el interesado, no en una reunión general” (P3).

4.4. El trabajador de salud mental como actor clave para la transformación de prácticas tradicionales

Se decidió hacer una alusión diferenciada respecto a lo expresado por todas las trabajadoras de salud mental que se desempeñan en el primer nivel de atención, dado que son actores claves para la transformación de los modelos de atención. En este apartado se incluyeron consensos como también confrontaciones de opiniones suscitados al pensar la articulación entre atención primaria y salud mental comunitaria.

La principal modalidad de atención para el abordaje de las problemáticas que se presentan, es la atención individual; atribuyendo esa primacía a una demanda de la población o las necesidades del equipo, sin tener en cuenta el contexto en el cual desempeñan su práctica.

Contrariamente a lo que el proceso de desmanicomialización rionegrino plantea, en tanto el contexto se constituye como objeto de estudio y no la persona (Cohen y Natella, 2013).

Similares resultados son expuestos por una investigación en Chile (Schrager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007) en donde los psicólogos destinan la mayor parte de su jornada laboral a actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual, en desmedro de actividades comunitarias.

Al respecto las entrevistadas argumentan:

“Fundamentalmente es asistencia individual, he trabajado en equipo con la nutricionista en unos talleres que se dan para niños con sobrepeso. Hago visitas domiciliarias y hago seguimiento a los pacientes crónicos del servicio de salud mental (...) generalmente son visitas o de evaluación de la situación o de seguimiento de los pacientes. Seguimiento es ver cómo se encuentra el paciente, si está tomando la medicación, en qué condiciones se encuentra en la actualidad” (P2).

“Lo que influye más comúnmente es esto, la asistencia tanto de los otros profesionales como de los profesionales de salud mental (...) uno puede promover o prevenir algún tipo de dificultad, patología o problemática, pero charlando uno a uno con el usuario o el paciente que está atendiendo” (P4).

“Desde que yo estoy en ese centro de salud sí, pensar actividades más allá de la asistencia, no sé cómo habrá sido antes pero ese centro de salud más allá de la asistencia cuesta un montón” (P1).

Se observan dificultades en el replanteo de la formación de los profesionales sosteniéndose en concepciones tradicionales de su práctica.

Galende (2008) explica que:

(...) la formación de los equipos de salud mental obedece a la necesidad de ampliar el campo disciplinario y la habilitación e incumbencia de profesionales de estas disciplinas. Este objetivo no puede detenerse en la simple sumatoria para la atención, que sostenga su práctica en su disciplina particular, lo cual lleva a un “pastiche” de conceptos, creencias y prácticas heterogéneas entre sí (...) (p.183).

En relación a las visitas domiciliarias, consideradas como práctica central en las actividades desarrolladas en un CAPS, las psicólogas expresan diferentes opiniones. Las mismas no reflejan el sentido de una práctica propia de la atención primaria, quedando reducida como alternativa para “control” de un tratamiento. Reduccionismo que Cohen y Natella (2013)

explicaron como riesgo al no incluir en el cuidado, la dimensión promocional como desarrollo humano.

“Tener otra mirada de la situación de la persona individual que por ahí viene y que uno hace un recorte de lo que la persona te cuenta, por ahí ver en qué condiciones vive (...)” (P4).

“Yo particularmente las visitas, las he implementado cuando la persona no puede acceder al centro de salud, por ejemplo, ante una discapacidad o casos resistentes que sí o sí hay que convocarlos, porque están mal, entonces he tratado de acceder desde ese modo (...) tendría que ver con esta cuestión, con la adherencia a un tratamiento, con otorgarles ciertas herramientas de autocuidado a la persona, en las condiciones en que está” (P7).

Respecto a las actividades de prevención y promoción las mismas se realizan en menor proporción y en la mayoría predomina la enfermedad como eje ordenador. Una de las entrevistadas cuestiona la concordancia de las actividades ofrecidas como preventivas en relación a las necesidades sentidas por la población:

“Por ahí sirve, cuando uno habla de prevención siempre termina hablando de grupos, del taller, es tan amplio que por ahí tendríamos que revisar un poco cómo pensamos la prevención y cómo lo queremos poner en práctica, porque, es más, si la experiencia de años nos está dando cuenta de que los adultos no responden, bueno entonces por qué nosotros no revisamos lo que estamos proponiendo” (P5).

Otra de las psicólogas relata una experiencia convocada por la nutricionista, en relación a su inclusión en una actividad con personas diabéticas e hipertensas:

“(...) me fui integrando a este grupo, que fueron surgiendo temáticas también de dificultad de la adherencia a los tratamientos, de algunas angustias que surgían en el paciente diabético y se pudo llevar este grupo todo el año (...)” (P3).

Se puede vislumbrar que en este relato aparece el agente de salud mental como auxiliar de prácticas biomédicas, reflejando el desdibujamiento de su rol como técnico de salud mental en las actividades mencionadas.

Las siguientes expresiones difieren de lo manifestado por el grupo anterior, ampliando los criterios en relación al planteo de las mismas, considerando el aspecto de bienestar de la salud mental.

“En realidad según como pienses la prevención, yo siempre en general sería incumbencia en todos los ámbitos si lo pensás como prevención inespecífica (...) en realidad trabajas no sé cuándo por ahí trabajas en ocio, o sea trabajas en el tiempo de ocio con los adolescentes e inespecíficamente podés estar trabajando con la prevención del consumo, del ocio o del sedentarismo” (P5).

“los vínculos saludables” (P2).

“son un montón de cuestiones, pero son inespecíficas, diferente es ir a dar una charla sobre el consumo de sustancias, del consumo del alcohol o marihuana” (P5).

“sí yo, a mí las veces que he hecho talleres siempre funcionó más lo que es a nivel recreativo y con niños, los adultos son muy difíciles de convocar, los niños, por ejemplo, yo siendo residente hemos hecho cine, en las vacaciones de invierno la convocatoria era altísima pero siempre con niños, es más fácil convocar al niño que al adulto (P2).

“en el barrio X hace un mes empezamos con unas intervenciones en sala de espera a ver qué pasaba (...) surgió el tema de la violencia, hace un mes, con pequeñas intervenciones en sala de espera, con un corto, promoviendo a ver qué pasaba, como prueba piloto, ver qué pasaba en relación con la temática, o sea son pequeñas intervenciones, funciona, la gente participa, es en relación a un corto relacionado con el maltrato infantil, surgen cuestiones de violencia, por lo menos, esos espacios, aprovechar ese espacio que hay gente, que tal vez no están convocados (...)” (P1).

En relación al por qué se terminan desarrollando prácticas clásicas como alternativa a otro tipo de respuestas apelan a la función específica de la disciplina. Esto se relaciona con la primacía aún de los rasgos estructurales del MMH legitimando una forma acotada de atender la enfermedad. Al respecto las entrevistadas argumentan:

“(...) porque es lo que sabemos hacer o por lo menos lo que creemos saber hacer” (P4).

“y porque también es la demanda del otro, es la demanda que está impuesta y es como muy difícil trabajar justamente de otro modo, interdisciplinariamente, en equipo, etc., entonces apelan a que vos vuelvas al consultorio, a veces no te queda salida, alternativa, porque si no volvemos a lo mismo al trabajo solo” (P7).

Reconocen que aún, habiendo transitado por la residencia, al momento de desarrollar las prácticas como trabajadores de planta permanente, se retorna a las prácticas clásicas. Consideran que el pasaje por la residencia facilitaba generar espacios diferentes al consultorio,

pero no visualizan, con excepción de una de ellas, que la política sanitaria atraviesa a todos los agentes independientemente de la formación (P1).

En concordancia con lo planteado anteriormente se observa que aún frente a la oferta contra hegemónica de formación se conservan los rasgos esenciales del MMH y estructurales de la disciplina. Persiste la discordancia entre las concepciones propias del modelo de reforma psiquiátrica y las prácticas académicas que formaron a los profesionales. Un aspecto paradójico es que de acuerdo a la política sanitaria se apueste a la formación de recurso humano local, a través de las residencias y absorbiéndolas como recursos genuinos a futuro, pero no se consolidan los procesos de reforma de atención que la misma propone e intenta instalar.

“No sabía lo que era salud mental comunitaria, yo pensaba todo desde lo individual y desde el psicoanálisis y lo sigo haciendo, pero lo que pasa que la práctica te lleva a otra cosa también, o sea tres años de residencia yo aprendí a hacer otra cosa, pero por ejemplo visitas domiciliarias yo no las podía pensar” (P2).

“(…) tuvimos la posibilidad alguna de las psicólogas que estamos acá de transitar la residencia de salud mental comunitaria cuando hacíamos la residencia por ahí podíamos generar más espacio y todo eso, una vez que entramos dentro del sistema común, de no estar en la residencia, listo te dedicas a la asistencia” (P4).

“yo creo que cuando estábamos en la residencia, éramos un equipo los residentes y trabajábamos mucho apoyándonos entre nosotros, cuando salimos de la residencia quedamos solas y la sensación es esa de soledad, yo particularmente la sensación es esa, quiero hacer un taller, bueno a la mochila arriba vamos sola, es esa sensación, los pacientes bueno te los deriva justicia, pero son tuyos, es esa sensación” (P7).

“por ahí cuando sos residente tenes otra responsabilidad, yo que hice la residencia es como que el que está a cargo del centro de salud tiene la responsabilidad de atender, (...) el residente tiene prioridad para hacer tareas comunitarias, prioridad para hacer talleres, tiene tiempo para eso, yo me acuerdo que en el primer año de la residencia nos decían que no se atendía directamente, que no nos permitían atender, entonces todo lo que hacíamos era trabajo de terreno, institucional” (P3).

“(…) esto es una política de salud mental siendo o no residente, después cada uno ve lo que hace con eso que hay que hacer, pero no es porque el residente tiene incorporado,

si vos lees las actividades de un residente son las mismas que tendríamos que hacer todos nosotros, o sea digo, prevención, promoción y asistencia” (P1).

“sí perfecto, pero del tener al poder hay un paso, o sea cómo” (P7).

“pero no creo que esa sea la diferencia porque hay un programa y el residente está bajo un programa, las tareas son, tendrás un marco como vos decís, hay un grupo que te respalda, pero las actividades son de prevención, promoción y asistencia, que es la misma que nos atraviesa a todos” (P1).

“yo creo que tiene que ver con lo que plantea P7, que el residente está inserto en un centro de salud donde ya hay un profesional de salud mental que está a cargo del área en ese centro de salud, entonces el residente se puede despegar un poco de lo asistencial, de hecho, tenes para atender solo diez pacientes, creo que es el tope y el resto lo hace el que está en planta” (P2).

Se generan contradicciones y resistencias al momento que se plantea la posibilidad de un lineamiento que haga tope al número de consultas en la asistencia, como estaba delimitado en el programa de la residencia y así priorizar otros espacios para el abordaje de las problemáticas de salud mental:

“(…) que si el tope te vendría de salud mental de diez pacientes como sería la situación, me pregunto yo, ¿cambiaría?” (P1).

“sí por supuesto, yo creo que sí” (P3).

“lo cierto es que no podes tener un límite, yo no puedo tener un límite de diez turnos” (P2).

“no sé si cambiaría” (P4).

“¿pero tiene que venir de afuera algo que tiene que estar incorporado adentro?” (P1).

Equiparan las características de la población con el tipo de consulta. Consideran a la población con necesidades básicas satisfechas como aquellas que se adecuan a los parámetros de las prácticas psicoterapéuticas clásicas y le atribuyen mayor capacidad de simbolización y adherencia al tratamiento. Para aquellas con necesidades básicas insatisfechas manifiestan que es pertinente un abordaje de asistencia social y suponen que no se adecuan al encuadre clásico del trabajo de un psicólogo. El contexto de atención primaria aloja a la población, que las estructuras hegemónicas consideran “población de segunda”; por lo tanto, el tratamiento que debe darse, según estos parámetros, es un tratamiento de menor jerarquía a un tratamiento

psicoterapéutico clásico. No se visualiza en el discurso de las psicólogas la posibilidad de adquirir o generar otro tipo de herramientas que se adecuen a la población asistida.

“Me parece que depende el barrio, si las necesidades básicas están satisfechas o no, la asistencia por lo menos en el barrio X es más para un trabajador social que no un psicólogo y cuando las necesidades básicas están más satisfechas hay otra lectura de todo y se puede simbolizar y la adherencia al tratamiento en barrios menos pudiente es menor” (P6).

Un principio básico de la desmanicomialización es el reconocer las necesidades básicas como condicionantes de la salud mental y gestionar su satisfacción; los autores Cohen y Natella (2013) manifiestan que efectivizar este principio operaría sobre los derechos de las personas.

Al respecto refieren que:

El concepto de derechos humanos no estuvo referido y circunscripto a las libertades políticas exclusivamente, sino que abarcó toda la vida y se hizo cierto y legítimo en la cotidianeidad y dignidad de las personas. Fue imprescindible por ello intervenir “en vivo” en esta cotidianeidad, para sostener y garantizar estos derechos que hacen al paradigma bio-psico-social. Pero estas intervenciones, que se entienden como parte de la labor terapéutica de psiquiatras y psicólogos, fueron delegadas históricamente a los sectores de acción social, o en el mismo sector sanitario al área de servicio social (p.157).

En referencia a las intervenciones en barrios con necesidades básicas insatisfechas, una de las psicólogas manifiesta que las mismas tienen características:

“(...) orientativas, de contención que en sí psicoterapéutica, también con la familia y orientación y trabajo en red en realidad porque se necesita en la mayoría de los casos asistencia social, intervención de justicia, son casos en sí bastante complejos” (P7).

Los comentarios que se detallan reflejan la influencia de los modelos ortodoxos de atención psicológica en relación a las características de la población a atender excluyendo del “encuadre” a la población con necesidades básicas insatisfechas, asociando el abordaje de su sufrimiento con intervenciones sociales. No se vislumbra en las afirmaciones de las profesionales una redefinición de su práctica en el contexto donde se desempeñan.

“(...) si se modifica el tipo de demanda y el sostenimiento de los espacios (...) en barrio Xyo atiende niños, la mayoría viene derivado desde escuelas con pedidos de evaluación (...) en cambio en barrio X que es otra población, por ahí con necesidades más satisfechas, la gente consulta por demanda espontánea, muchas veces sin que lo

deriven, sostienen los espacios no faltan nunca, sostienen largo tiempo los espacios” (P3).

“(…) si faltan te avisan porque en el centro de salud X jamás me avisan cuando faltan, en el CAPS X sí” (P2).

“me parece que lo haya planteado en el centro de salud X que no es un barrio que tenga lo que a diferencia del CAPS X y que el tipo lo sostenga, me parece que ese es el éxito que uno se lleva a su casa de todo esto que es del propio sistema ¿no? me parece que uno trabaja individualidades y esto es lo único que te tiene que generar satisfacción en la práctica ¿no? después lo otro si recurso o no recurso, eso es histórico” (P6).

Cabe aclarar que la mayoría han elegido desempeñar sus funciones en los CAPS, algunas como opción a los otros dispositivos de la red; sin embargo, no se observan expresiones que denoten otra forma de elección, lo que podría operar como obstáculo al momento de la inclusión de las problemáticas de salud mental en ese contexto.

“yo por suerte pude elegir” (P4).

“yo sí, estoy por una elección” (P2).

“en mi caso por elección y por formación, digamos yo hice la residencia de salud mental comunitaria y adhiero a este modelo y pude elegir y puedo estar en el primer nivel” (P3).

“sí lo elegí a otro dispositivo” (P2).

“igual dentro de los dispositivos que son de salud mental prefiero trabajar en área externa a trabajar en centro de día o a trabajar en la internación, no sé la empresa social porque no tuve la experiencia y el programa residencial tampoco lo elegiría para trabajar” (P4).

Menéndez plantea que una forma dominante de actuar de la biomedicina es que los curadores mantengan su propia identidad como curadores proponiendo su forma de curar como la más idónea. Al respecto expresa (2009):

Esta es la manera dominante de actuar de la biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye procesos psicológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía (p.33).

Cabe mencionar que si bien todas las psicólogas se consideran agentes multiplicadores de la política de salud mental, reproducen en su mayoría modalidades de atención clásica; situación también percibida por el equipo, es decir, que si bien visualizan acciones distintas en relación al rol clásico del psicólogo, las mismas no evidencian los lineamientos propios del modelo de salud mental comunitaria. El equivalente a un trabajador de salud mental es un psicólogo en su rol tradicional. En la experiencia rionegrina se considera que el trabajador de salud mental debe ampliar su intervención hacia los determinantes sociales del sufrimiento mental (Cohen y Natella, 2013).

Dos psicólogos definen el rol del trabajador de salud mental incluido en un equipo de atención primaria desde una modalidad clásica.

“El rol de psicólogo es de trabajar cuando hay situaciones de angustia (...)” (P4).

“No sé, el rol del psicólogo yo creo que es poder escuchar no solamente las temáticas que llegan si no todo (...) Nosotras como psicólogas estamos formadas a escuchar” (P3).

Uno de los enfermeros identifica este rol con el psicólogo y relaciona su función con la atención individual de la demanda de salud mental. Sin embargo, opina que su rol debería ampliarse, en tanto puede implicarse en actividades de prevención, en abordajes interdisciplinarios, en intervenciones en terreno, entre otras. Al pensar la inclusión de otro efector de salud mental, remite paradójicamente a la incorporación de un psicólogo comunitario (E1). Al respecto uno de los médicos expresa:

“Vos decís un psicólogo y yo tengo una imagen, un concepto preformado de lo que es un psicólogo, ahora si vos me decís un psicólogo formado en la residencia de salud mental de Chubut, como es X y como sos vos, tienen una formación particular digamos, no es un psicólogo tradicional” (M1).

Otro médico relaciona al trabajador de salud mental con la actividad del psicólogo, circunscripto a la actividad psicoterapéutica. Visualiza la prestación de psicología como de alto valor económico, por lo que destaca positiva su presencia en el espacio público.

“Para mí un rol importantísimo. Le está dando la posibilidad de acceder a un profesional que de hecho ya no es fácil en el privado acceder. El medio privado no es fácil porque tiene su costo y en general las obras sociales no cubren (...)” (M3).

Otro de sus colegas considera fundamental el rol de la psicóloga en el centro de salud para ocuparse específicamente de las patologías psiquiátricas.

“(…) para mí salud mental es la psicóloga que tengo en mi centro de salud, digamos y se terminó y hasta ahí llegué, salvo que me llamen para mandarme un paciente, que se yo para que le haga un control clínico de un paciente que va al centro de día, eso es toda la relación que uno puede tener con el servicio” (M2).

Uno de los enfermeros asocia el trabajo del psicólogo con otras actividades más allá de las tradicionales, como las actividades comunitarias. No cuestiona la inclusión de otro trabajador de salud mental en la medida que considera que todo el equipo debería apropiarse de las cuestiones de salud mental (E2).

Otro trabajador si bien reconoce la importancia del rol del psicólogo en el centro de salud en cuanto a lo accesible para la población, no lo contempla como recurso para generar otro tipo de actividades distintas a las tradicionales (E4); otro lo relaciona con la atención y las visitas domiciliarias (E3).

Un TCST visualiza su rol ampliado respecto a la función clásica.

“(…) yo veo como referente la psicóloga que tenemos y ella es abierta a todos los temas, en lo que te puede ayudar, no es que ella se pone en su trabajo soy psicóloga y hago esto y nada más, no, ella hace diversas actividades, es muy compañera, no sé muy bien cuál es su rol porque ella es abierta a todas las actividades” (T2).

Otro TCST lo percibe como alguien, en quien depositar aspectos en relación a su trabajo cotidiano y como facilitador de la participación del equipo, cumpliendo actividades preventivas, intersectoriales y comunitarias. Considera importante la inclusión de operadores de salud mental en el centro de salud.

“(…) quizás ellos también deberían estar en el centro, que ellos tienen más claro, creo que están más capacitados, que un trabajador comunitario entonces como trabajar juntos en ciertas problemáticas. Estaría muy interesante, generaría saberes para los dos y estaría bárbaro, aparte de que la psicóloga o alguien esté todos los días y no solo una o dos veces por semana” (T1).

De los restantes TCST, uno lo relaciona como único referente para intervenir en las problemáticas de salud mental, condensando en esa figura al servicio de salud mental. Refiere

que su función en primera instancia es ayudar al equipo y luego a los pacientes (T3). Otro asocia el rol, con la atención y la realización de visitas domiciliarias (T4).

A continuación, se contrastan las mencionadas opiniones con la visión de todas las psicólogas que se desempeñan en los CAPS, al pensar su inserción en un equipo de un centro de atención primaria. Algunas lo plantean en términos de accesibilidad en tanto facilitador de un consultorio externo de tratamiento psicológico y otras pueden problematizar su rol desde el ámbito donde desarrollan su práctica.

“(...) tiene que ver más con el acceso” (P2).

“me parece que estar en los centros de salud fue generando que se pueda ver a la salud mental, a la salud en forma integral porque si vos estás como era antes en el servicio ahí aparte, solamente parecía que la asistencia de salud mental era para el loco (...)” (P3).

“y al día de hoy me parece que el hecho de que estemos en la sala como desmitifica porque por ejemplo yo he llegado a decir por ejemplo anda al centro de día y se les transforma la cara ¿no? ya el hecho de ver que hay gente que está más deteriorada, más cronificada, no ahí no, prefiero venir acá, no tenes otro lugar; es decir hay como cierta resistencia al espacio, ese que está como, que tiene el estigma del manicomio ¿no? entonces si te ven en la sala es otra cosa” (P6).

“(...) se asociaba la consulta con un psicólogo a la locura, al psiquiatra y a la internación, se asociaba a eso y me parece que posibilitó otras miradas, esto, que se pueda acercar un chico, una mamá con una duda, un adolescente, un poco de todo (...)” (P3).

“(...) pero en realidad ya hablamos de lo que sucede en los CAPS, desgraciadamente, desgraciadamente digo porque se supone que deberían ocurrir cosas más ricas, desgraciadamente no noté mucha diferencia, digamos estar en un centro de salud o estar en otros dispositivos, haber para mí, yo estoy cómoda, digo desgraciadamente respecto a lo que estamos hablando porque se supone que debieran ocurrir otras cosas” (P5).

“(....) te quedas en lo que aprendiste en un primer momento, lo básico nuestro es la asistencia de la problemática en el consultorio y por más que sabes que por ahí podés organizar talleres o grupos, intentas pero si no se da tampoco te rasgas las vestiduras,

seguís atendiendo porque sabes que la clínica individual va a seguir estando porque siempre va a haber alguien que va a venir por deseo personal o por una derivación entonces es más fácil, es más fácil ir, atender” (P4).

4.5. Apropiación de lineamientos estipulados desde la política sanitaria de salud mental.

Entendiendo que los marcos regulatorios legitiman el escenario para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria, se indagó la familiaridad que tenían los actores sobre los mismos, a través del nivel de información respecto de la existencia de la ley y sobre su aplicabilidad en el contexto de su práctica cotidiana.

La totalidad de los entrevistados considera que la política de salud mental no está difundida, algunos conocen aspectos acotados en relación a los marcos regulatorios vigentes, pero sin visualizar que la inclusión de la dimensión de los derechos humanos es central para pensar el marco jurídico orientador de las prácticas a nivel nacional y provincial.

Es importante señalar que en los ámbitos provincial y nacional respectivamente Ley I N° 384/09 y Ley N° 26657/10, se destacan los conceptos de inclusión, el enfoque de derechos y la democratización del campo de la salud mental que implica concursos para cargos de conducción, en el campo de las decisiones en relación a como circula el saber (interdisciplina) y en la incorporación de la voz de otros actores (vecinos, usuarios, familiares). Ambas promueven el abordaje en la comunidad de las problemáticas de salud mental de manera interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

La inclusión de temáticas de salud mental en la estrategia de APS, es una de las metas de la política sanitaria de salud mental, para que de este modo se den respuestas integrales a las problemáticas de salud mental desde el equipo de salud del primer nivel.

Esta nueva dimensión normativa resalta la necesidad de que se respeten los derechos de las personas con problemáticas de salud mental (a la intimidad, a la confidencialidad, a la personalidad civil y a la capacidad, a la igualdad, entre otros).

Estas leyes abogan a que el recurso restrictivo de la internación se desarrolle en el menor tiempo posible y como último recurso terapéutico, quedando a criterio del equipo de salud la decisión de esta intervención rompiendo con el imaginario de que es el juez quien dictamina esa “sentencia”. En el tratamiento se debe considerar el derecho del usuario al consentimiento

informado, a recibir la mejor atención disponible, orientado a desarrollar la autonomía del paciente, a participar del programa de curación, a una historia clínica adecuada y a tener acceso a ella; aspectos impensables en otros momentos históricos al realizar intervenciones en el área de salud mental.

Uno de los médicos no conoce aspectos de la política de salud mental de la provincia y se muestra sorprendido frente al adjetivo de lo comunitario a lo que tampoco puede hacer alusión.

“Te soy sincera, es que no lo tengo nada claro, no me queda muy claro, no conozco demasiado el tema, ni he escuchado demasiado como para poder opinar. Sobre todo, si me hablas de lo comunitario. No me suena familiar el tema” (M3).

Este desconocimiento también es expresado por otros actores:

“Te he escuchado a vos. Sé que había que externar a todos los pacientes, pero no sabía que había una ley. Y mucho lo comunitario de lo que vos hablas, porque antes nunca nadie venía y hablaba. Siempre se dedicaban al consultorio y a los pacientes y a algún tema específico” (E2).

“(...) me parece que lo que es salud pública no tiene una política de salud mental, me parece que no está contemplado dentro de lo que es salud pública, me parece que lo que es la política de salud pública se basa como caballito de batalla, en lo que es la APS sin profundizar mucho en lo que es la APS, simplemente tener los centros abiertos por decir que están abiertos, y más allá de eso me parece que nada (...)” (E4).

“(...) lo único que sabemos es que ya no existen más las internaciones crónicas” (M4).

Uno de los TCST tampoco hace mención de los marcos regulatorios ni a los dispositivos alternativos (T2) y otro al respecto expresa:

“Sí yo sé que hay talleres, que hay encuentros, que hay grupos, que se trabaja en grupos, eso era lo que más nos comentaban cuando hacíamos antes las reuniones de red que siempre participaba alguien de salud mental (...)” (T4).

Uno de los enfermeros asocia el dispositivo de salud mental con el antiguo manicomio. Plantea como necesaria su difusión masiva en los medios de comunicación (E3).

Otro de los TCST considera importante la difusión de la política al interior del equipo mediante charlas y folletería. Reconoce la existencia de la ley, pero alude que no leyó su contenido (T3). Otro de sus compañeros conoce aspectos en relación a la existencia de los dispositivos de salud mental, particularmente los relacionados con los emprendimientos

sociales. Hace referencia a los marcos regulatorios nacional y provincial. Afirma que la política de salud mental se tendría que difundir como una campaña de vacunación (T1).

Uno de los médicos nombra el proceso de externación. Considera que una forma de difundir la política es a través del contacto local entre los actores del servicio de salud mental y los centros de salud.

“(...) se desconoce mucho las cosas que por ahí puede hacer un servicio de salud mental o hacen, no que pueden hacer, sino que hacen, no están, no salieron a la luz, no los conocemos ni siquiera nosotros que trabajamos en el sistema, mucho menos lo conoce la gente. Yo estoy de acuerdo con el tema de la externación, de que no haya tantos pacientes, de que en los servicios se trate de que no estén llenos de gente internada (...)” (M2).

Uno de los enfermeros refiere que desconoce la política de salud mental provincial; sin embargo, identifica que hay otras prácticas que realizan otros profesionales a los que llama psicólogos comunitarios, planteando una diferencia con las prácticas que se desarrollan en su centro. Uno de los aspectos de la política que destaca es la descentralización de la atención. Para difundirla refiere que es importante la deconstrucción del rol clásico del psicólogo y por ende la inclusión de la profesional en espacios comunitarios, acción que operaría como multiplicadora de la política (E1).

Uno de los médicos conoce aspectos en relación al modelo de salud mental, como los diferentes dispositivos del servicio y la legislación vigente, por haber estado en lugares de gestión. Con respecto a la ley de salud mental subraya como relevante:

“Y lo de posicionar a la persona de salud mental como un sujeto de derechos, como el resto de las personas, es súper interesante, de trabajar desde el punto de vista de la inclusión social (...)” (M1).

La fragilidad respecto al conocimiento de la ley radica en que las acciones fueron direccionadas en espacios específicos o inherentes a la salud mental. Además, los agentes que deberían operar como multiplicadores replican prácticas tradicionales por sobre las comunitarias. Más allá de que se desconozcan aspectos del marco regulatorio, lo que subyace es el desconocimiento de la política en tanto eje de recuperación de derechos de las personas con padecimiento mental.

Las psicólogas si bien tienen conocimiento de los marcos regulatorios, hacen una crítica sobre los inconvenientes en aplicarlos a sus prácticas cotidianas, atribuyendo falencias dentro del propio sistema como por ejemplo la falta de recursos, de lineamientos que amplíen el campo de atravesamiento de la ley y escollos de nivel político; pero sin visualizarse como agentes activos en ese proceso. Limitan el alcance de la ley a una merecida mejora de la calidad de vida de las personas con padecimiento mental, que a considerar a las mismas como sujetos de derecho.

Una de las psicólogas expresa aspectos acotados sobre el contenido de la ley observando su aplicabilidad mayormente en las situaciones de guardia. Manifiesta que además de la difusión masiva por organismos del Estado, es relevante el rol del trabajador de salud mental para difundir la política actual al resto del equipo (P3).

Otra psicóloga reconoce la perspectiva de derechos de los usuarios de salud mental, sin embargo, no percibe la aplicabilidad de la ley frente al abordaje de un caso complejo y refiere:

“(...) hoy por hoy las nuevas leyes de salud mental plantean, la desinstitucionalización, la desmanicomialización y a veces a uno le cuesta pensarse bueno que hago con determinado paciente que tiene determinada complejidad y uno piensa en el encierro, que mejor va a estar encerrado (...)” (P4).

A continuación, se exponen otras opiniones del grupo de psicólogas en relación a la temática:

“Lo que quería plantear es que, porque hablamos de una política de salud mental comunitaria que está vigente y me parece perfecto, pero más allá de hacer agua nosotras como trabajadoras me parece que la misma política está haciendo agua porque me parece que es insostenible lo que dice, al menos con las herramientas que se tiene hoy en salud pública, hay un millón de cosas de lo que plantea la ley que no se pueden cumplir (...)” (P5).

“sí y también el hecho de que una ley que se supone que es provincial, sólo sea avalada por ciertos sectores y en ciertas zonas de la provincia me parece que tampoco tiene, es como querer imponer algo, por imponerlo nada más sin tener los recursos, porque sabemos que hay otras áreas de la provincia que también tienen un servicio de salud mental pero no cuentan con la cantidad de dispositivos que por ahí tenemos acá, que

supuestamente nos beneficiaría. Entonces de esas zonas de la provincia terminan viniendo usuarios o pacientes y se termina como recargando el servicio” (P4).

“me parece que hay una lectura errónea y también de lo que sí o sí debe cumplirse, todo debe cumplirse pero digo hay cuestiones que el mismo sistema no puede porque no tiene los recursos pero da la sensación de que por estar dentro del sistema, dentro del servicio de salud mental pareciera que somos las únicas atravesadas por esa ley ¿no? digo a la hora de responder, porque nosotros tenemos que atender niños, adultos, discapacidad, adicciones porque es carga pública, tenemos que hacer guardias y de repente hay especificidad en adicciones que la provincia forma y que paga, hay especificidad en discapacidad (...) me parece que ahí faltan lineamientos, porque así no debemos trabajar” (P5).

“creo que tiene que ver también no solo con los lineamientos que estén claros y no solo de leerlos de papel sino de cómo implementarlos, porque es esto, tenemos una ley muy bonita que se basa en un montón de tratados internacionales, pero bueno como lo bajamos a la realidad, y me parece que el aspecto técnico se queda como por fuera de lo que es la trinchera de donde se trabaja y no se escucha muchas veces las dificultades que uno puede plantear” (P4).

Otra de las psicólogas afirma que hay intervenciones que se realizan en el ámbito privado que no se enmarcan dentro de la ley.

“Las externaciones compulsivas, sin planificar una estrategia para externar a ese paciente que hay que sacarlo ya y lo tenés que sacar si o si, sin importar el criterio del profesional sin importar adónde va a ir al paciente, esas cuestiones” (P2).

4.5.1. Fortaleciendo las prácticas, un debate respecto a la capacitación

Se considera la capacitación como una de las estrategias más utilizadas para fortalecer los conocimientos, habilidades y prácticas de los trabajadores. Representa un concepto controvertido ya que de la mano de una acción educacional se espera una estrategia de cambio institucional, sin embargo, este logro no se hace sostenible.

Davini (1995) distingue tres modelos pedagógicos al momento de desarrollar la formación profesional y la capacitación en servicio del personal en salud. Cada uno de ellos apunta a

diferentes fines formativos. Al primero lo denomina “pedagogía de la transmisión”, esquema más difundido en las instituciones escolares, donde la principal actividad recae sobre el profesor mientras que el trabajador permanece pasivo limitando su actividad a la copia mental de las informaciones que se le transmiten. Los resultados de este proceso ponen en riesgo las pretensiones de modificaciones cualitativas de las prácticas.

Al segundo modelo lo denomina “pedagogía del adiestramiento”, cuyo objetivo apunta a lograr la eficiencia y toma las bases de un entrenamiento industrial. Las prácticas quedan reducidas a una técnica, excluyendo los fundamentos científicos que la justifican y sin articulaciones entre sí. El trabajador repite la operación hasta adquirir la destreza, quedando limitada su capacidad de resolver situaciones que se pueden plantear en los servicios de salud. Esta perspectiva fomenta la competencia entre los sujetos, queda ligado a la precisión y rapidez en detrimento de la creatividad y la iniciativa.

Al tercer modelo lo denomina “pedagogía de la problematización” siendo el trabajador el soporte principal de la formación y fuente de conocimiento. El docente cumple un rol de estimulador orientador, no de instructor. Se trata de la interacción de experiencias entre sujetos, de indagar sobre la práctica entendida como acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional. Identificar los problemas de la práctica representa un punto fundamental en este enfoque, para luego avanzar en la búsqueda de fuentes de información que continúen en la reflexión teórica para luego elaborar hipótesis de solución a los problemas, proceso que produce una transformación en las intervenciones.

Según refieren los entrevistados las capacitaciones brindadas se realizan bajo la línea de transmisión de conocimientos encuadrados en el modelo escolar, priorizando las actualizaciones de la práctica cotidiana, la aparición de tecnologías, desestimando el contexto real donde se desarrolla el trabajo.

Las formaciones recibidas en el último año por los entrevistados están relacionadas con el rol desempeñado en el centro de salud. Los médicos las enmarcadas en el Programa Remediar, sobre patologías prevalentes; las enfermeras recibieron sobre tuberculosis, Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado, enfermedades de transmisión sexual y actualizaciones sobre inmunizaciones. Uno de los enfermeros actualmente está cursando el Posgrado de Salud Comunitaria y Social, brindado por el Ministerio de Salud de la Nación. Las TCST recibieron sobre lactancia, tuberculosis y actualizaciones en vacunación.

El Ministerio de Salud de la provincia al brindar únicamente formación de carácter técnico en el último año, establece una contradicción; en cuanto a que uno de los aspectos que destaca la política sanitaria en su Plan Estratégico, es priorizar la capacitación permanente del recurso humano, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de APS, contemplando aspectos institucionales, políticos, ideológicos y culturales que determinan el espacio de trabajo de los trabajadores de salud.

Una de las psicólogas explica que recibió una capacitación sobre atención primaria. El resto de sus colegas manifiestan no haber recibido formación sobre este punto. Sin embargo, dicha capacitación fue brindada por la Universidad de Lanús y la Dirección Provincial de Salud Mental, donde incluía, entre otros aspectos, un módulo de APS.

Los que expresaron la necesidad de recibir capacitación sobre aspectos de la atención primaria manifestaron la importancia de espacios que fomenten la visión integral de las problemáticas, como violencia, maltrato, ateneos clínicos, entre otras y no tanto en la necesidad de capacitación técnica.

“Si, enfermedad y tratamiento, viene un especialista a dar una charla, pun, y te vas a tu casa, listo, ahí se terminó, una cosa muy clásica. Están buenas, no son despreciables, ojo, están re buenas. Pero te digo, no se da en el marco de una planificación de lo que debe ser la capacitación de profesionales del primer nivel” (M1).

Consideran significativas temáticas en relación a la atención al público, accidentología, violencia, consumo de sustancias, abortos no punibles, trastornos de alimentación, actualizaciones de temas médicos, gestión, actualización de temáticas específicas de salud mental, participación comunitaria, empoderamiento, educación para la salud y espacios de intercambio entre los miembros del equipo (ateneos clínicos y supervisiones). Sin embargo, las temáticas de capacitación de salud mental solicitadas por la mayoría, quedan reducidas al eje de la enfermedad-atención sin interrogar los distintos aspectos que integran los ejes de la APS y la Salud Mental Comunitaria.

Los médicos refieren la importancia de que se les brinde formación en relación al diagnóstico, tratamiento (medicación), de las patologías psiquiátricas más frecuentes; uno de ellos considera que debe profundizar sus conocimientos en relación a la prevención de patologías (M1); las enfermeras sobre psicofármacos, patologías, salud mental comunitaria y herramientas para el abordaje con usuarios de salud mental. Las TCST sobre patologías,

medicación, herramientas para el abordaje familiar, información sobre los dispositivos del servicio de salud mental y una de ellas sobre lineamientos y sobre precauciones a tener en cuenta con personas con padecimiento de salud mental (T1). Las psicólogas expresan la necesidad de profundizar aspectos clínicos, abordaje grupal por población etaria (niños, tercera edad), supervisión de casos y abordaje de problemáticas psicosociales como la violencia.

4.5.2. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria: ¿Una apuesta al fortalecimiento del Modelo de Salud Mental Comunitaria?

En las intervenciones del trabajador de salud mental, se visualiza la convivencia de prácticas innovadoras propias del paradigma de la salud mental comunitaria con las tradicionales. Galende señala que una de las resistencias que se opone a este cambio tiene que ver con el imaginario de los profesionales dado que “(...) el pasaje a una intervención comunitaria tiene que enfrentarse con estas cuestiones, ya que los profesionales “psi” que se incluyen en los dispositivos comunitarios tienden a recrear rápidamente lo que en verdad saben: los ritos de la asistencia dual del consultorio, la relación personalizada con “sus” pacientes” (Galende, 1994, p. 227).

Es relevante mencionar que cuatro de las profesionales entrevistadas, egresaron de diferentes promociones de la RISMC, que comenzó en el año 2003. La misma tiene como eje estratégico a mediano plazo, la formación de recurso especializado que consolide y fortalezca el modelo orientado a la comunidad desarrollando actividades centradas en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales, las redes sociales y los grupos. Asimismo, se focaliza en el potencial de los individuos y sus recursos al momento de responsabilizarse de sus cuidados, para participar activamente en la búsqueda de soluciones sobre las diferentes problemáticas que vivencian.

Sin embargo, las prácticas desarrolladas no reflejan la apropiación de dichos lineamientos, como recurso especializado y superador de los modelos tradicionales, lo que supone también la deconstrucción del rol tradicional. Por el contrario, se reproducen modelos clásicos de atención, equiparando la inclusión del trabajador de salud mental en el centro como mera

descentralización del consultorio externo de psicología cerca de la comunidad, pero sin visualizar lo que significa y abarca esta situación desde la concepción de la estrategia de APS. Los contenidos y las prácticas de la RISMCM, según las expresiones de las entrevistadas, no fueron lo suficientemente trascendentes como para ampliar la especificidad de su campo, otorgándole primacía al valor ocupacional al que se accede, por sobre el objetivo sanitario que la misma implica en tanto formación de recurso que sostenga y propague el nuevo modelo de atención.

“(…) en realidad los consultorios externos dependientes del servicio de salud mental, funcionan en el primer nivel, no se hace consultorio externo en otra área, bueno sí, en el materno, hay consultorio externo” (P3).

“me parece que amplifica para el acceso de otras clases sociales, el hecho de que nosotras estemos acá, que también hay cierta cuestión de que el psicólogo sirve para gente que tenga dinero para pagarse una terapia en privado, entonces el hecho de que por ahí se habilite el espacio en el ámbito público y que no sea sólo desde la internación o encerrado dentro del hospital sino que se habilite como más cerca de la comunidad creo que va como rompiendo esto, prejuicios, rompiendo barreras” (P4).

4.5.3. Obstáculos en la implementación de prácticas integrales referidas por el trabajador de salud mental

Todas las psicólogas hacen una crítica en referencia a los procesos de cuidado. Plantean una fragmentación y aluden principalmente a las dificultades para desarrollar acciones interdisciplinarias, manifestando que las intervenciones que tienen que ver con lo subjetivo quedan a expensas del psicólogo y las que tienen que ver con lo orgánico a cargo del médico y del enfermero.

En los siguientes comentarios se observan obstáculos para implementar prácticas sanitarias integrales y se expresan críticas al MMH, sin embargo, aparece la funcionalidad del rol del psicólogo a este modelo reflejado en las intervenciones anteriormente mencionadas:

“Creo que tiene que ver con lo del modelo médico hegemónico (…) el cuerpo, organismo una cosa y los sentimientos, emociones van por otro lado” (P4).

“Lo que pasa es que pareciera como decía X que el hecho de que esté el profesional de salud mental incluido en APS, bueno pensar al sujeto como un todo, tanto en la enfermedad como en la salud como algo global ¿no? mente cuerpo, vemos como la teoría es riquísima, pero por un lado eso, pero a la hora de trabajar es mente cuerpo, vas al psicólogo y yo te veo los síntomas físicos y punto” (P5).

“Sí por ahí son contados los profesionales que por ahí le dan una vuelta de rosca y que permiten esto del consultorio compartido, que te convocan al consultorio frente a una, sino directamente papelito, vaya a ver a la psicóloga porque tiene síntoma de ansiedad o porque no puede dormir hace una semana o está contracturada, le hice estudios cervicales, no tiene nada entonces vaya porque debe ser seguro emocional” (P4).

“También el centro de salud, nunca pero nunca desde que estoy, tampoco estoy hace mucho tiempo, estoy hace casi un año, nunca el médico me preguntó algo de ninguna paciente que me haya derivado, nunca, digo hasta qué punto entonces, como pensó en esta paciente para derivarla, está bien haber, yo me oigo decir esto y también hago la autocrítica que me podría haber acercado yo a que charlemos de la paciente, pero bueno con autocrítica y todo está como muy separado” (P5).

“Las que se ofrecen más para lo que es el trabajo de prevención y promoción siempre son las trabajadoras de salud en terreno, con ellas generalmente cuando hacemos una propuesta, particularmente cuando yo hago una propuesta hay un centro de salud con el cual puedo trabajar mejor con las trabajadoras en terreno, hay otro centro de salud que es más cerrado el grupo, entonces se dificultan las intervenciones comunitarias (...)” (P7).

En referencia a este punto cabe aclarar que las TCST tienen un sistema de monitoreo más riguroso respecto al cumplimiento de actividades de prevención y promoción, con lo cual este grupo es el más predispuesto para la realización de este tipo de tareas.

“Veo mucha fragmentación dentro de los equipos de salud, cada uno hace su trabajo para trabajar con otros coincido con lo que dice X al principio, hay poco interés, poco lineamiento no sé y cuesta muchísimo, esto es lo que yo veo en el centro de salud donde estoy, cuesta pensar actividades conjuntas desde el inicio, en el vamos, a mitad de camino, digo en las diferentes etapas que uno quiera pensar algún tipo de actividad más allá de la asistencia” (P1).

“Me parece que de un tiempo a esta parte también se ha ido modificando la bajada de línea (...) no sé si fue a partir de la implementación del programa de calidad en su momento, pero esto de la asistencia, entonces cuanta más gente atiendan, entonces el médico se la pasa como encerrado en el consultorio (...)” (P4).

El programa de calidad al que hace se referencia en el último comentario es al “Programa de Mejora de la Calidad Institucional de los Hospitales” que se lanza el 21 de mayo del 2007 tendiente a mejorar la calidad de la atención y mayor satisfacción del usuario; dicho programa ofrecía incentivos por productividad a los profesionales exigiendo el cumplimiento de una serie de actividades (mayor oferta horaria de atención ambulatoria, prácticas, estudios y diagnósticos). El impacto que tuvo dicho programa sobre las prácticas fue que la productividad se centrara en el número de consultas (a mayor número de consultas mayor productividad), en detrimento de otras actividades propias de la atención primaria.

“(...) no puedo hablar del trabajo interdisciplinario porque al menos desde que yo estoy en el centro de salud no es lo que más sucede, quizás si entre las trabajadoras de salud mental, un trabajo en conjunto, pero no con otras disciplinas, digamos dentro del centro de salud” (P5).

“(...) cuando se hace la reunión yo estoy en otro centro de salud y las pocas veces que participé me parece que se habla mucho de la medicación, de cómo es el remediar, me parece que se centra mucho en eso, en cómo registran las atenciones los administrativos, que pasa con los enfermeros, es decir, se centra mucho en eso” (P6).

Esta característica de que se incluyan en las reuniones de equipo cuestiones, netamente administrativas, es consecuencia del aumento de la burocratización de ciertas prácticas y prestaciones que obstaculizan el desarrollo de las mismas y distorsionan los procesos de comunicación y de trabajo entre los trabajadores de salud en relación a sus incumbencias laborales.

Otros obstáculos que interfieren en la interlocución entre los miembros de los equipos son la rotación de personal en el último año, la fragmentación de reuniones por disciplina como también la frecuencia de concurrencia al centro de salud del trabajador de salud mental.

“si creo que esto tiene que ver con el cambio de personal” (P7).

“y a pesar de que hay algunos profesionales o personas del equipo que van todos los días a su vez, por ahí no piden reuniones de equipo en general, porque tienen reuniones

de equipo particulares. Los enfermeros dependen del servicio de enfermería del hospital, entonces por ahí resuelven sus dificultades, problemáticas y eso entre los enfermeros, las agentes sanitarias o trabajadoras en terreno también tienen su propia supervisora, entonces también se reúnen por ahí entre ellas (...)" (P4).

En relación a esta afirmación un aspecto que obstaculiza el trabajo en equipo es la conjunción de diferentes dependencias hospitalarias en el ámbito de trabajo, entiéndase que un sector de trabajadores (médicos generalistas, administrativos, odontólogos, TCST y nutricionistas) dependen exclusivamente del departamento de Área Externa; el resto dependen de otras divisiones o departamentos e incluso de otros sectores como educación y deportes. Por lo cual cada grupo de trabajadores responden paralelamente a los lineamientos de su sector y de su ámbito de trabajo generando dificultades y obstáculos al momento de planificar una tarea conjunta.

Algunas de las psicólogas justifican como obstáculo de su inclusión a los equipos de los CAPS, la concurrencia bisemanal a cada centro y la dependencia administrativa del servicio de salud mental.

"Cuando uno asiste dos veces a la semana a cada uno, a cada centro de salud, uno llega un momento que es medio periférico, uno va asiste y se va, yo no me siento muy parte de los dos centros, en ninguno en los que estoy, de los equipos digo (...) me parece que mis reuniones serían las de salud mental, no las del centro de salud, siempre lo pensé así" (P6).

"sí porque nosotros dependemos de salud mental (...) pero nos desempeñamos en el área externa, entonces los equipos del área externa van de lunes a viernes, quizás hay profesionales que no van (...) y nosotros tenemos bien claro que nuestra dependencia a nivel laboral, administrativo y jerárquica digamos es con el servicio de salud mental, no con los centros, entonces reuniones, organización, lineamientos, todo es de salud mental" (P3).

Respecto a la imposibilidad de generar intervenciones conjuntas con los demás trabajadores, algunas las atribuyen a las características individuales o a la formación deficitaria en la temática de salud mental del resto de los integrantes de los equipos.

"yo creo que tiene que ver con los recursos individuales" (P6).

“de la formación también de cada uno, digamos yo tengo gente recibida, que es médica que ha estudiado en la Universidad de la Plata donde la parte de la materia de psiquiatría es cuatrimestral, digamos en seis años de facultad en un cuatrimestre ven psiquiatría, entonces si vos no amplias un poquito, y psiquiatría, no ven salud mental” (P4).

“más allá de la profesión que uno tiene, uno tiene un modo de trabajo, un modo de ser, y eso también se juega en la actividad, en la manera de atender, en la manera de pensar. Tenes dos médicos generalistas para corrernos de lo psicológico y quizás uno solamente atiende y ve, no sé, un dolor de estómago, de garganta y no ve a la persona y otro sí puede escuchar, ve que la persona está angustiada, pide la interconsulta con psicología (...)” (P3).

Si bien se consiguió la informatización de los establecimientos del primer nivel de atención, aún no se logró una unificación de la información de las prácticas en el sistema sanitario.

Se destaca la incorporación de acciones específicas del área de salud mental en el CMDB, aunque no abarca la totalidad de las intervenciones que desarrollan los trabajadores de salud mental en el centro de atención primaria.

Las psicólogas registran sus prácticas, según criterios del CMDB y en la planilla de actividades diarias del servicio de salud mental. Coinciden en que el primero sólo contempla la codificación del número de consultas individuales, excluyendo el resto de las actividades que se realizan en el centro de salud; tampoco se consideran los diagnósticos observados.

Con respecto a la segunda manifiestan que tiene mayor amplitud para el registro de sus actividades. A la fecha es importante mencionar que la misma no se tabula a nivel ministerial. Por lo cual el relevamiento de datos existentes, se circunscriben a las consultas de los trabajadores de salud mental en el primer nivel recabados por el CMDB.

“Los códigos que se manejan en el área externa son en relación a patologías o a problemáticas, nada más. Entonces yo termino poniendo psicoterapia, entrevista, entrevista familiar. Y no, en realidad eso no refleja todo lo que uno hace porque a la hora de pasar esa estadística van a pasar un número, que es cantidad que uno atiende” (P3).

La ausencia de datos o de registros de atención acotados no permite brindar una información sanitaria capaz de dar cuenta de la población asistida, del tipo de prácticas o de cualquier dato relevante inherente al campo de la salud mental comunitaria.

Algunos entrevistados plantearon otros aspectos en relación a la modalidad de registro formal del sistema de salud, como por ejemplo la fragmentación de las historias clínicas que también opera como obstáculo para el abordaje de problemáticas psicosociales.

“El problema es que las historias clínicas están todas fragmentadas, entonces un paciente por ahí tiene cinco historias clínicas, depende del centro de salud donde se atiende, si se atiende en tres centros de salud va a tener tres historias distintas. Si se atiende en el hospital además va a tener otra historia clínica, si es adolescente va a tener otra historia clínica y si es paciente de adicciones va a tener otra historia clínica. Entonces, unificar toda la información es bastante complicado” (P2).

Para finalizar y retomando los aportes de Stolkiner y Solitario (2007), al analizar la articulación entre una APS integral (como estrategia reordenadora sanitaria) y salud mental, se destaca la promoción de la salud mental y su integración en acciones generales de salud; es decir la incorporación de intervenciones de salud mental en las prácticas de APS y que junto con el desarrollo de estrategias de desinstitucionalización, operan como punto de encuentro entre los elementos transformadores de una APS con los lineamientos de una política de salud mental comunitaria.

Sin embargo, en el contexto analizado, los centros de atención primaria del HZT, dicha integración es un proceso reciente y complejo, donde operan diferentes obstáculos. En primer lugar, predomina una atención primaria selectiva, como primer nivel básico de atención esencial, donde la mayoría de las prácticas sanitarias desarrolladas por los trabajadores en los CAPS se acercan más a una prestación de servicios esenciales, con algunos rasgos ampliados pero que no obedecen a la esencia de una APS integral, universal basada en la perspectiva de derecho. Trabajan con acciones focalizadas dirigidas a poblaciones de “riesgo”, con problemáticas como la violencia, el consumo de sustancias, entre otras y el seguimiento de los pacientes crónicos se relaciona básicamente al control de la medicación. No se contempla la importancia que tiene la aplicación de los principios de la APS a la salud mental.

Otro elemento relevante que obstaculiza el proceso de integración lo encontramos a nivel de las representaciones de salud mental que tienen los trabajadores y que en su mayoría responden a un MMH, con una visión centrada en la enfermedad, donde aparecen pocas reflexiones respecto a la dimensión positiva de la salud mental y en la que persisten connotaciones negativas sobre el usuario de salud mental. Se advierte que la minoría de los trabajadores, tienen en cuenta las condiciones sociales de vida del proceso salud-enfermedad-atención. Sin embargo, en el marco de este escenario aparecen acciones incipientes que responden a los nuevos lineamientos de salud mental y a los marcos regulatorios vigentes; dos aspectos importantes y facilitadores en este proceso de transformación de los modelos de atención.

Al ser el recurso humano el principal instrumento de la reforma, solo dando testimonio desde el propio cambio de actitudes e intervenciones era posible transmitir y multiplicar la tarea. Por lo tanto, el trabajo principal consistió en enfrentar y transformar los propios hábitos, miedos y prejuicios -con respecto a los pacientes, sus familias, el espacio laboral, las nuevas prácticas-determinados por la cultura y las representaciones sociales instaladas, las que a su vez eran consolidadas por la formación académica de grado y de posgrado (Cohen y Natella, 2013, p. 15).

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo describir y analizar las representaciones y prácticas sobre las problemáticas de salud mental, de los trabajadores de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Trelew, en el marco de los lineamientos de la política sanitaria de Salud Mental Comunitaria establecida en la provincia de Chubut.

Para responder a estos interrogantes fue imprescindible indagar a través de qué modalidades se apropiaban los trabajadores de salud de los lineamientos estipulados en las políticas, analizando si sus representaciones conducían a prácticas que potenciaban u obstaculizaban la incorporación de las temáticas de salud mental a la estrategia de APS.

Para establecer ese recorrido fue necesario recabar información sobre cómo se fue desarrollando la estrategia de atención primaria en la provincia, sobre el afianzamiento del actual modelo de salud mental comunitaria y del conocimiento de las acciones que precedieron estos cambios; para lo cual se consideró oportuno entrevistar a referentes que participaron en ese proceso.

Se encontraron escasos documentos oficiales y herramientas formales que dieran cuenta de la situación sanitaria de Chubut; información relevante para generar análisis y evaluaciones de los procesos sanitarios.

Dos hechos significativos acaecieron mientras se desarrollaba el trabajo. El primero fue que a partir de abril del 2012 comenzó en la provincia un conflicto gremial que atravesó la totalidad temporal de este estudio, que si bien no influyó en la realización del mismo, circuló en las voces de los actores. Esta situación desencadenó el cambio sucesivo de autoridades de todos los niveles, cuatro ministros, tres directores de hospital, tres jefes de área externa y la creación de un Convenio Colectivo de Trabajo. El otro hecho fue que en el 2014 se produce la fusión de Salud Mental y el Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones que, hasta ese año, pertenecían a diferentes dependencias administrativas. A la fecha se continúa trabajando en el proceso de integración con los actores locales.

Se considera logrado el cumplimiento de todos los objetivos que guiaron esta investigación. En relación al objetivo sobre la descripción de la política de salud mental y su articulación con la estrategia de APS se encontraron manifestaciones de la misma en los planes estratégicos generados por el Ministerio de Salud como así también en la implementación de los marcos

legislativos (Ley I N°384/09 y Ley N° 26657/10). La sanción de estas leyes estableció el rumbo de las políticas de salud mental en el cierre de los manicomios y su sustitución por servicios alternativos de salud mental comunitaria. Señalan avances en relación al cambio cultural y de paradigma respecto al abordaje de los padecimientos mentales centrado fundamentalmente en el respeto por los derechos humanos y en el modelo de orientación comunitaria. Ambos lineamientos jurídicos buscan proteger la salud mental de la población y que las personas usuarias de los servicios de salud mental puedan ejercer sus derechos. La vigencia de los mismos, proporciona las bases legales para regular las internaciones e insta a que las mismas se efectúen en los hospitales generales. Establecen un cambio en el modo de comprender la salud mental, destacando los aspectos sociales del sufrimiento mental e instando por abordajes interdisciplinarios, intersectoriales, entre otros. Promueven la creación de una red de dispositivos con base en la comunidad y del Órgano de Revisión (multidisciplinario) para proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y entra en vigencia el consentimiento informado para todas las intervenciones como también la presunción de capacidad de todas las personas. Se incluye el abordaje de las adicciones como parte de las políticas de salud mental. Cabe aclarar que el ámbito provincial carece de un organismo de revisión a nivel local que de acuerdo a la ley permita velar por el cumplimiento de los derechos de las personas.

La mayoría de los actores que fueron entrevistados en este estudio, desconocen los aspectos estructurales de las leyes, que regulan la protección de la salud mental en términos de derechos. De acuerdo al análisis quienes más conocimientos tienen en relación a este punto son los trabajadores de salud mental expresando alocuciones ligadas a la idea de peligrosidad, resistencia a pensar la atención en salud mental dentro del sistema de salud general. Plantean una forma de abordaje que niega a las actividades de prevención y promoción de salud mental en términos de derechos sociales (derecho al trabajo, educación, vivienda), tal como lo expresan los marcos regulatorios. Para estos trabajadores la ley se les presenta como un marco externo al que deben adecuar sus prácticas sin visualizar la importancia de pensarse como agentes activos del proceso transformador.

La implementación de los marcos regulatorios en relación a salud mental fue errática desde los niveles centrales del sistema de salud dado el desconocimiento y las manifestaciones de los entrevistados. Es un desafío importante generar líneas de acción específicas centradas en

la perspectiva integral de los padecimientos mentales como así lo establece el enfoque que propone y establece las leyes provincial y nacional de salud mental junto al Plan Nacional de Salud Mental del 2013, con el que también se busca jerarquizar e integrar el campo de la salud mental en el campo de la salud y de las políticas públicas en general.

Del análisis se desprende que el proceso de formulación e implementación de las políticas en salud mental a nivel provincial, descansaron en la seguridad de los marcos legales, omitiendo el trabajo de construcción conjunta con todos los actores involucrados en este proceso de cambio en el paradigma de atención de los padecimientos mentales. Una de las falencias más importantes tiene que ver con el trabajo interministerial que la ley nacional como provincial impulsan, entendiendo que el impacto de la norma está al servicio de la garantía de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Esta situación opera como obstáculo al momento de generar estrategias intersectoriales en los niveles comunitarios dando lugar a tensiones entre los actores locales.

Los resultados de este estudio demuestran la visión que tienen los trabajadores sobre este punto, así como también las falencias que se evidenciaron desde los niveles centrales, componentes que darían lugar al impulso del trazado de herramientas que materialicen lo nominado en las normas vigentes.

El desarrollo del proceso de APS se hizo evidente en cuanto a las mejoras edilicias y a la construcción de nuevos CAPS, que permitieron el acceso a una gran porción de población relegada, el creciente número de recurso humano facilitó la mejora en la atención. También se evidenció la primacía de acciones focalizadas circunscriptas en determinadas poblaciones de riesgo, a las que se incluyen en programas nacionales y provinciales establecidos para ellas. Se puede discernir que se está frente a un proceso de maduración de la atención primaria, cuyos principales ejes apuntan a una pretendida optimización de la misma.

El tipo de perspectiva de APS que predominó en las alocuciones de los entrevistados, se aproximó más a una APS entendida como “programa”, circunscripta a acciones sanitarias focalizadas en familias de riesgo y donde son frecuentes intervenciones centradas en la enfermedad como también la atención individual como principal práctica desarrollada. Además, existió una primacía de actividades de prevención de la enfermedad con poca participación de la comunidad en la detección de sus propias problemáticas, escasas acciones

donde se incorpore la dimensión de la salud, pocos espacios para reflexionar sobre la práctica y dificultades en la referencia y contra-referencia, entre otras.

Si bien las perspectivas de APS no se excluyen unas a otras y entendiendo que acciones focalizadas para poblaciones vulnerables son necesarias para aproximarse a la equidad, se hallaron limitados elementos en las prácticas que dieran cuenta de un sistema sanitario que tuviera como núcleo central a la atención primaria.

Respecto al objetivo relacionado con explorar las representaciones sobre problemáticas de salud mental de los trabajadores de los equipos de salud de los CAPS, se encontraron representaciones relacionadas a las patologías psiquiátricas y a una visión del usuario de salud mental como alguien peligroso, pregnancia de criterios clasificadores de las viejas concepciones psiquiátricas. Se observó en las afirmaciones de los trabajadores una primacía de la enfermedad con dificultades para incluir la dimensión de bienestar que porta la misma. Centrarse en el paradigma de la enfermedad es consonante con los lineamientos del modelo médico hegemónico en tanto excluye las condiciones sociales de la enfermedad, imprescindibles para desarrollar el modelo de atención de salud mental comunitaria.

Por lo cual en las prácticas de salud mental efectuadas por dichos actores se visualizó una convivencia de prácticas tradicionales e innovadoras que responden a los mencionados modelos de atención.

Se despejó que los psicólogos le dedicaban casi la totalidad de su jornada laboral a la asistencia individual en detrimento de actividades comunitarias, dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental. Esta situación también se vislumbró en la mayoría de los actores entrevistados, independientemente de la disciplina o rol que ocuparan. El trabajo de Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco (2011) sobre accesibilidad mostró resultados similares en cuatro municipios de gran porte del país; como también los referidos por una investigación en Chile (Schrager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007), donde los psicólogos destinan la mayor parte de su jornada laboral a actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual, en desmedro de actividades comunitarias; lo que marca un distanciamiento entre la propuesta de atención primaria de las políticas públicas y la forma en la que se está desarrollando la práctica de salud mental.

Esos aspectos evidencian la relación de distancia o de cierta dificultad para el cumplimiento de lo que la ley nacional establece (Capítulo V, Modalidad de abordaje, Artículo 11), respecto

a que la Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud junto con otras áreas, implementen acciones de inclusión social como también otras prestaciones como por ejemplo la atención domiciliaria, servicios para la promoción y prevención en salud mental, entre otras.

Las prácticas de salud mental desarrolladas por las TCST fueron, el seguimiento y control de personas con padecimiento mental, mediante la visita domiciliaria. Las realizadas por los médicos, abordajes con indicación de medicación e interconsulta con psiquiatría y sugerencia de tratamiento psicoterapéutico y por los enfermeros el control del usuario en la toma de medicación, la orientación con psicología y la gestión de turnos con psiquiatría.

En relación a las actividades de prevención y promoción vinculadas con salud mental los entrevistados que no pertenecían al servicio de salud mental, no las reconocieron como prácticas de salud mental, aunque algunos las desarrollaban sin visualizarlas como tales. Respecto a las acciones de rehabilitación, la mayoría fomentó aquellas de inclusión en áreas laborales, ocupacionales, de vivienda, entre otras; algunos sin percibirlas como tales y otros las pensaron en espacios diferenciados para el usuario de salud mental.

Fue positivo que algunos de los entrevistados introdujeran criterios que se aproximaban más a lo comunitario o participativo, aunque son los que se presentaron en menor proporción.

Al respecto Merhy (2006) expresa que no se pueden producir cambios en las prácticas por acción de discursos externos, sino que para que una persona decida cambiar elementos de su práctica y sus conceptos, debe tener la percepción de que la manera actual de hacer o de pensar es insatisfactoria frente a los desafíos de su trabajo. Considera como condición para este cambio la percepción de sentir una intensa “sensación de incomodidad” (Merhy et al., 2006). “La vivencia y la reflexión sobre las prácticas son las que pueden producir la incomodidad y la disposición para producir alternativas de prácticas y de conceptos, para enfrentar el desafío de las transformaciones” (Merhy et al, 2006, p. 153).

Tal condición, reflexiva y desafiante sobre la práctica, no se vio reflejada en las afirmaciones de los trabajadores, por el contrario, surgieron resistencias frente a la posibilidad de transformar los modelos de atención en relación al paradigma de la salud mental comunitaria, refugiándose en el modelo tradicional de atención. La falta de apropiación de lineamientos y prácticas contra hegemónicas también se evidenció en el resto de los trabajadores de la atención primaria.

En referencia al análisis sobre la relación entre las representaciones y las prácticas desarrolladas para el abordaje de problemáticas de salud mental, se encontró entonces una coherencia entre las representaciones ligadas a viejos paradigmas y las acciones desarrolladas por los actores en lo cotidiano. Se observó una primacía de prácticas de salud duales por sobre las integrales, como también la conservación de roles tradicionales frente a dichas temáticas y escasa apropiación de las mismas por parte de los equipos para lograr un abordaje conjunto. Es decir que la heterogeneidad propia de la ya mencionada convivencia de paradigmas se hizo tangible también al momento de visualizar el rol del trabajador de salud mental en el ámbito de la atención primaria, operando como obstáculo su inclusión, dado que conlleva el riesgo de un menor involucramiento por los demás miembros de los equipos de los CAPS en el abordaje de las problemáticas de salud mental.

En relación al último de los objetivos propuestos sobre la integración de las prácticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención, conforme los lineamientos de la política sanitaria de salud mental comunitaria, se localizaron incompatibilidades entre lo sugerido por los documentos oficiales de salud y lo que efectivamente se ejercía como práctica; resultado que también coincide con el de otras investigaciones, realizadas en Brasil, donde las prácticas de salud mental todavía son incipientes, organizadas en base a la demanda, surgiendo pocas acciones orientadas a la prevención y promoción no logrando superar el modelo biomédico dominante (Pegolo da Gama & Onocko Campos, 2009) y en Chile (Schrager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007).

Respecto a la atención primaria si bien en los documentos se la reconoce como estrategia de reordenamiento del sistema de salud, ligada a las definiciones de Alma Ata, en las prácticas se visualizaron acciones selectivas considerando a la APS como equivalente del primer nivel. Estos resultados coinciden con una de las investigaciones mencionadas, que estudió el estado de la APS en cuatro países, entre ellos Argentina; donde también se visualizaron brechas entre lo enunciado y ejecutado, junto a la coexistencia de definiciones de APS, asociado generalmente con el primer nivel de atención (Stolkiner, Comes, y Garbus, 2011).

Por lo cual, en este escenario, la integración de acciones de salud mental comunitaria se desarrolla bajo la lógica de una APS con características selectivas, situación que no facilita la deconstrucción de prácticas clásicas necesarias para que se generen cambios en los modelos de atención.

Sin embargo, como facilitadores de este proceso se puede mencionar el desarrollo de las políticas de SMC y APS. Fue un logro relevante la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria con el progresivo avance de acciones que intentaron favorecer la consolidación del mismo. A más de diez años de iniciado el proceso de reforma de salud mental en la provincia, se considera que le dio sustentabilidad, el apoyo político, presupuestario, junto con la creación de marcos regulatorios que legitimaron las prácticas.

Se puede decir que el desarrollo de las políticas de Atención Primaria y de Salud Mental Comunitaria no fueron procesos integrados ni complementarios. Entre otros obstáculos, para la integración de acciones de salud mental en el ámbito de la atención primaria, se señala la primacía de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico. Las prácticas no reflejan la incorporación de los lineamientos centrales de las políticas sanitarias vigentes. Se considera que en estos años existió escasa difusión de los lineamientos de la SMC a los trabajadores de otros ámbitos o disciplinas, como también una limitada formación de los trabajadores del primer nivel en temáticas de salud mental comunitaria para reflexionar sobre el verdadero sentido de dicha integración.

Dentro de los principios que la OMS/Wonca (2009) identificó para potenciar la integración entre salud mental y atención primaria, se infiere que aún quedan por desarrollarse aquellos que están relacionados con la concientización de los actores involucrados respecto de la importancia de la integración de la salud mental y con la formación de los mismos en la materia, como también la incorporación de normativas que concreten dicha articulación.

Algunos actores hicieron referencia a que la falta de capacitación operaría como obstáculo para el abordaje de las temáticas de salud mental. Este resultado destaca cierta coincidencia con los aportados por dos investigaciones en Brasil. En la primera Tanaka y Ribeiro (2009) explican que la realización de acciones de salud mental por los equipos en la red básica es poco frecuente, manifestando como una de las dificultades para reconocer los problemas de salud mental, la falta de capacitación; por lo que las actividades de educación permanente deberían ponderar formas prácticas de intervención. El otro estudio acuerda en que la falta de formación aparece como una de las necesidades más urgentes relacionadas con la salud mental y que la ausencia de capacitación traería acciones normatizadoras y hospitalocéntricas, medicalización del sufrimiento psíquico, entre otras (Pegolo da Gama y Onocko Campos, 2009).

Según lo referido por los actores, específicamente de aquellos que no pertenecían formalmente al ámbito “psi”, en relación a los escasos espacios institucionales de reflexión sobre la práctica y la reducción de la misma a la mera aplicabilidad de una técnica y la falta de problematización de las condiciones generales de bienestar; se colige la posibilidad de construcción de un programa que se edifique sobre las bases de la “educación permanente en salud”, en donde se priorice de manera sistemática y continua no solo la transmisión de contenidos técnicos sino el proceso de trabajo en salud en su totalidad con la posible reflexión y problematización de las respectivas prácticas y donde se pueda poner en juego la creatividad de los actores ante los diferentes desafíos que la misma genera.

Los entrevistados explicitaron la necesidad de un programa formal que integre la salud mental en la APS (inexistente en la actualidad) donde se determine claramente los roles y las prácticas para el abordaje de las problemáticas de salud mental. De acuerdo a lo evaluado, surge como interrogante si un programa garantizaría la modificación de las prácticas.

Para favorecer este proceso de reforma fue necesaria la apertura de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, como recurso formado que direccionara las acciones hacia el nuevo paradigma. Sin embargo, como se vio en el transcurso de este estudio, esta capacitación en servicio no marcó una diferencia respecto a las intervenciones de otros psicólogos que no transitaban por esa formación.

Se puede pensar que en la elección de esta residencia se prioriza la oferta laboral, por sobre los contenidos que ofrece, ya que la misma en esta provincia plantea como atractivo la incorporación de los jóvenes profesionales como trabajadores de planta permanente al sistema sanitario una vez finalizada la misma. A más diez años de su implementación sería oportuno, como posible línea de investigación, aquella que reflexionara sobre los objetivos de esta formación teniendo en cuenta el alto número de egresos de ese recurso capacitado.

Como en otras investigaciones (Gerlero, Augsburg, Duarte, Gómez y Yanco, 2011), también se encontraron fallas en la producción de información sanitaria y epidemiológica; es decir, existen falencias en el sistema de registro epidemiológico de las prácticas de salud mental, quedando el mismo reducido a la codificación en el Conjunto Mínimo de Datos Básicos del primer nivel de atención (CMDDB), que contempla prácticas asistenciales focalizadas en los diagnósticos, quedando excluidas otro tipo de actividades. Se considera imprescindible la creación de un instrumento o herramienta de registro y evaluación que permita un

relevamiento epidemiológico para identificar los problemas o temáticas prioritarias en salud mental de la región, ya que su desconocimiento entorpece también la integración de la salud mental en la estrategia de APS.

La producción de conocimientos de este estudio proporciona el punto de partida o si se quiere el diagnóstico inicial acerca de la concepción sobre la inclusión de los cuidados de salud mental en la atención primaria para generar estrategias de intervención tendientes a la reconversión de los procesos de atención en salud mental aspirando a la mirada integral de la salud. Cabe mencionar que la ley instala y legitima el cambio de paradigma, situación que está aconteciendo de forma contradictoria y paulatina, no exenta de tensiones en la provincia y en la ciudad, lugares elegidos como objeto de análisis de este trabajo.

Como se detalló anteriormente este estudio demostró la primacía de las formas de reproducción del viejo paradigma custodial y mecanicista donde la enfermedad se reduce a procesos biológicos que en la actualidad se expresan en la medicalización y la psicologización de los padecimientos de la vida social; creando una fuerte dependencia con el sector profesional en detrimento de la promoción ciudadana, eje de la salud mental comunitaria. Como desafío nos queda el camino de propiciar el perfil de trabajadores que promuevan lazos solidarios, democráticos y comunitarios.

Los espacios de capacitación no consiguieron superar la brecha entre teoría y práctica, la significación de la desinstitucionalización no logro internalizarse en los trabajadores, lo que dio como resultado la reproducción de viejas prácticas en escenarios comunitarios, donde la intervención quedo reducida a la mera transmisión de los saberes académicos y tecnicistas.

Un salto importante es fortalecer la capacitación en salud mental comunitaria en todos los actores involucrados en los CAPS, básicamente en prácticas de desarrollo comunitario y aspectos jurídicos. También es relevante reconocer y promover los saberes populares y el factor terapéutico de los vínculos comunitarios.

Si bien un eje significativo, tal como se mencionó, fue la RISMC como capacitación en servicio, el interrogante es en qué servicio se capacitaba este nuevo recurso. Resulta contradictorio que la formación se realice en un escenario donde los actores formadores se apoyan en teorías clásicas. La RISMC como estrategia formadora de especialización quedo más acotada a los contenidos de transmisión, que a la práctica y acción transformadora. Cohen y Natella (2013) expresan que el principal instrumento de la reforma en salud mental es el recurso humano con lo cual el salto superador debe darse deconstruyendo las representaciones sociales sobre la enfermedad mental,

sostenida culturalmente y consolidadas por las formaciones académicas. Estos autores utilizan la expresión “desmanicomializar-se”, como la reflexión sobre las propias hegemonías y muros, cuestionar las formas naturalizadas de autoritarismo de las instituciones totalitarias y custodiales signadas en los espacios cerrados. Implica abrirse hacia lo colectivo y promocional del desarrollo humano, reconocer lo potencial, fomentar el asociacionismo y la apropiación de derechos, la relatividad de las disciplinas y la solidaridad.

En el desarrollo de este estudio se visibilizaron los avances respecto a la reforma del abordaje tradicional de las problemáticas de salud mental en la provincia, en pos de la transformación de un enfoque tutelar y biomédico a un enfoque de derechos y centrado en la APS, como se propone en los marcos jurídicos y lineamientos internacionales. Como fue mencionado en el 2004 existían solo cinco servicios de salud mental en las ciudades más importantes Esquel, Puerto Madryn, Trelew, Rawson y Comodoro Rivadavia, ubicados en hospitales generales con excepción del de Trelew. Algunos de ellos con escaso recurso humano, desarrollaban sus prácticas centradas en la atención de usuarios en el área de internación y consultorios externos. Como resultado del trabajo arduo y constante de personas que confiaron en la posibilidad de concreción de alternativas en la atención en salud mental, junto a la decisión política de la gestión de gobierno es que Chubut tiene hoy una política definida basada en un Modelo de Orientación Comunitaria, con el que se propiciaron transformaciones en los modelos asistenciales. En Trelew se organizó la Red Socio Sanitaria y se generaron opciones terapéuticas diferentes en la línea de servicios de puertas abiertas, como centro de día, programas de apoyo social, inclusión de acciones de salud mental en la estrategia de atención primaria, entre otras; prácticas luego legitimadas por la existencia de los marcos normativos, primero a nivel provincial y luego nacional.

Si bien la experiencia de reforma en Chubut es relativamente nueva, queda un largo camino por recorrer, varias acciones por concretar y otras por modificar. Es primordial que se continúe con una priorización política y social de la población con sufrimiento mental para ofrecer la atención y las posibilidades de integración que les corresponden, asegurando la continuidad de los cuidados. Paralelamente es importante el cambio de actitudes de personas implicadas en la organización, dirección y asistencia en salud mental y también de la población en general. Es transformando gradualmente las representaciones sociales respecto a la locura lo que permitirá incorporar nuevas posibilidades para su abordaje. Por lo cual es necesario seguir

trabajando en la deconstrucción de la representación social de la locura, en pos de propiciar respuestas sociales distintas frente a la misma.

Para concluir es importante estar alertas a no reproducir la lógica manicomial en los diferentes dispositivos alternativos, dado que si no se modifican las concepciones acerca de salud - enfermedad de quienes trabajan en salud mental se corre el riesgo de contar con todos los dispositivos alternativos pero reproducir en la práctica la lógica totalizante con efectos de arrasamiento subjetivo en los usuarios. Esto generaría concretamente, y más allá de la organización formal, una nueva mecánica de poder ejercida sobre los cuerpos, los movimientos y los deseos a través de estrategias de control. Es decir si no se modifica la lógica que comanda las prácticas se puede terminar convirtiendo a los dispositivos alternativos en aquello que Foucault nombra como “dispositivos de control”.

Sería oportuno efectuar investigaciones que consideren la perspectiva de la población, destinataria de las prácticas sanitarias, respecto a sus representaciones de salud mental y explorar como se relacionan con las de los trabajadores en el ámbito estudiado. Resultaría pertinente analizar planes o programas sanitarios con la participación activa de los beneficiarios de los mismos, recuperando el protagonismo de la comunidad tanto para la definición de sus problemáticas como para la búsqueda de recursos y soluciones, sin por eso renunciar al lugar técnico o de facilitadores de esos procesos. Teniendo en cuenta los años que lleva implementado el proceso de reforma de atención, así como la profundidad de los cambios experimentados por los diferentes actores sería enriquecedor realizar investigaciones ligadas a la evaluación de los servicios y dispositivos de la Red Socio Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C. (Ed.). (2000). Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias. Texto base para discusión. En Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. *Cuadernos para Discusión* (1), 11-35.

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial

Andina, L. y Doval, K. (2008). *Atención Primaria de la Salud: ¿Meta o Mito?* Buenos Aires: Centro Culutral de la Cooperación Floreal Gorini.

Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2005). *Módulo 1: Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios*.

Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2005). *Módulo 5: Políticas de Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios*.

Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). *Módulo 7: Salud y Participación Comunitaria. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios*.

Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2010). *Módulo 8. Trabajo en Equipo en Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios*.

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10 y Decreto Reglamentario N°603/2013.

Ariovich A. y Jiménez C. (2014) *Accesibilidad a la atención de la Salud en el Municipio de Malvinas Argentinas*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Banchs, M.A. (1986). Concepto de "Representaciones Sociales": Análisis Comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 8 (9), 27-40.

- Banchs, M.A. (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Textes sur les représentations sociales*, (9), 3.1-3.15.
- Banchs, M.A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En Rodríguez Salazar y García Curiel (coord.) *Representaciones sociales. Teoría e Investigación* (pp. 219-253). México: Editorial CUCSH-UDG.
- Barten, B. (2012, Julio/Septiembre). Comentario sobre investigación en sistemas de salud, atención primaria de salud y participación para la transformación social. *Saúde em Debate*, 36 (94), 348-351.
- Basaglia, F. (1970). *La Institución Negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Buzzaqui Echevarría, A. y Uris-Selles, J. (1997, septiembre). El grupo de discusión: una herramienta para la investigación en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 4 (7), 421-433.
- Cea D'Ancona, M. A. (2001). La Organización de la Investigación. En *Metodología Cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social* (pp. 81-122). España: Síntesis.
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013). Luces y Sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cad. Metrop.*, 15(29), 99-122.
- Chubut. Ministerio de Salud. (2001). *Plan Provincial de Salud: hacia una reforma integral del modelo de salud*.
- Chubut. Secretaria de Salud. Dirección de Promoción y Prevención de la Salud (2005). *Curso para Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno*.
- Chubut. Secretaria de Salud. Dirección de Prevención y Promoción de la Salud (2007). *Normas Provinciales: trabajo comunitario de salud en terreno*.
- Chubut. Ministerio de Salud Provincial. Ley Provincial de Salud Mental N°384/09. Decreto Reglamentario 1366/09.

Chubut. Hospital Zonal Trelew. Departamento Área Externa. (2010). *Análisis de Situación. Plan Operativo*.

Chubut. Municipalidad de Trelew. Dirección General de Estadísticas y Censos. Departamento de Estadísticas Sociales y Demográficas. Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010. (2010). Una mirada descriptiva sobre el conjunto de variables relevadas.

Chubut. Secretaría de Salud. Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria. (2011). *Programa de mejora de la calidad de la red asistencial socio sanitaria de salud mental de la provincia de Chubut. Decreto N° 460/07*.

Chubut. Secretaría de Salud. (2011). *Plan Estratégico de Salud 2012-2015. Hacia la integración del sistema*.

Chubut. Ministerio de Salud. Estadísticas de Servicios de Salud y Sanitarias (2012). *Anuario Estadístico de Salud* (Vol. II).

Chubut. Secretaria de Planeamiento Estratégico y Desarrollo. Dirección General de Estadística y Censos. (2012). *Una aproximación a la población de la Municipalidad de Trelew*.

Chubut. *En búsqueda de su propia historia Hospital Zonal de Trelew "Dr. Adolfo Margara"*. (2013). Trelew: Biblioteca Popular "Agustín Álvarez" .

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (org.). (2006). *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar.

Davini, M. C. (1995). *Educación Permanente en Salud* . Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°38. Washington: OPS/OMS.

De Roux, G. I. (1992). La participación social en los programas de salud mental en la comunidad. En Levav I. (Ed.) *Temas de salud mental en la comunidad* (pp. 141-153). Washington: OPS.

Di Iorio, J. (s/f). Aproximaciones al concepto de representación social. Ficha de Cátedra: Psicología Social I. Facultad de Psicología UBA.

Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En Elichiry, N. (comp.) *El niño y la escuela*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Evaristo, P. (2000). *Psiquiatria y Salud Mental*. Italia: Asterios.

Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 29-40.

Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*.

Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo Atención Primaria de Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36 (94), 352-354.

Freytes Frey, M. (2006). *Estudio sobre las estrategias de la comunidad para el cuidado de la salud mental: redes autogestivas y articulaciones con el sistema público*. (Tesis de Doctorado). Red Maristán, Universidad Nacional de Lanús.

G.I.D.A.P.S. (1988). Conceptualización de la Atención Primaria de la Salud. *Salud Para Todos*, 1 (1).

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica* (3a ed.). Buenos Aires: Paidós.

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

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.

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

Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud Mental y Atención Primaria: accesibilidad, integración y continuidad de cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2 (9), 24-29.

Gómez, S. A., Paepe, P., Conde, L. L. y Stolkiner, A. (2012). La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. *Saúde em Debate*, 36 (94), 436-448.

Gutiérrez, G. (1991). Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. *Salud Pública De México*, 33 (6), 617-22.

Iñiguez Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23 (8), 496-502.

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S. (Comp.), *Psicología Social II* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

Jodelet, D. (2007). Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. En Rodríguez Salazar y García Curiel (coord.) *Representaciones sociales. Teoría e Investigación* (pp. 191-217). México: Editorial CUCSH-UDG.

Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Ley Provincial N° 384 de Salud Mental. Secretaría de Salud de Chubut, 2009. Decreto Reglamentario N° 366/09.

Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, IV (5), 165-180.

Menéndez, E. (1982, Julio). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Médico Sociales* 21, 1-13.

Menéndez, E. (1988, abril/mayo). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451- 464. Buenos Aires.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. y Ceccim, R. B. (2006). Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2 (2), 147-160.

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar.

Minayo, M. C. S. (1995). *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Minayo, M. C. S., Gonçalves de Assis, S. y Ramos de Souza, E. (org.). (2005). *Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires: Lugar.

Minoletti, A. et al (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 20 (4): 440-447

Oliveira, G. L. et al. (2008). Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, 42 (4), 707/716.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la Atención Primaria*. España.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Francia: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental. Versión 2.1*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. *Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en America Latina*. Caracas, Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Hacia un cuidado integral de la Salud para todos y por todos. Buenos Aires 30/15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio*.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2009). *Salud Mental en la Comunidad* (2a ed.). Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2011). *Marco de Referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental*. Washington: OPS.

Pegolo da Gama, C. A., y Onocko Campos, R. (2009). Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2), 112-131.

Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación. 2013

Rodriguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.

Rovere, M. (2006). *Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba, Argentina: El Ágora.

Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36 (94), 327-342.

Samaja, J. (2004). El proyecto de investigación. Sus partes y su lógica natural. En *Proceso, Diseño y Proyecto: en investigación científica* (pp. 69-95). Buenos Aires: JVE.

Scharager Goldenberg, J. y Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Panam Salud Pública*, 22 (3), 149-159.

Sen, A. (2002, Mayo/Junio). ¿Por qué la equidad en Salud? *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 11(5-6).

Solitario, R. C., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2007). Atención primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas de salud mental. *Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17 (3), 63-68.

Spink, M. J. (1993). O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ*, 9 (3), 300-308.

Stake, R. E. (2005). El caso único. En *Investigación con estudios de casos* (3a ed.) (pp. 15-24). Madrid: Morata.

Stolkiner, A. (1988, abril). *Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento de situaciones problema*. Ponencia presentada en el 4º Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi*, 3 (10).

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental- I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En D. Maceira (comp.) *Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.

Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2807-2816.

Tanaka, O. Y., y Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 477-486.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). La Entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 100-132). Buenos Aires: Paidós.

Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8 (1).

Testa, M. (2004). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la Salud. En *Pensar en Salud* (pp. 161-176). Buenos Aires: Lugar.

Torres-Goitia, T. J. (2008). *Desarrollo y Salud. Historia de la medicina social y de la atención primaria de la salud*. Bolivia: Artes Gráficas Sagitario.

Valles, M. S. (2003). Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. En *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: reflexión metodológica y práctica profesional* (pp. 69-105). España: Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord). (2006). *Estrategia de Investigación Cualitativa*. España: Gredisa.

Zelaya, S. y Freytes Frey, M. (2007). Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la provincia del Chubut. Recuperado de <http://www.topi.com.ar/articulos/experiencia-de-transformasi%c3%n-institucional-en-la-red>.

ANEXOS

Anexo 1. Grilla temática de aspectos observables para los centros de salud

- Identificación a través del nombre o número del CAPS
- Horario de atención, Antigüedad del CAPS
- Estructura edilicia (cantidad de consultorios y otros espacios, sillas en sala de espera, etc.)
- Características del espacio barrial en el que están insertos. Características del barrio y el ámbito donde está localizado el CAPS, si es o no de fácil acceso, si hay gente en la puerta esperando, si hay mucha gente adentro, etc.
- Con las trabajadoras comunitarias de salud en terreno, para resolver oralmente: ¿Cuántas son? ¿Alcanzan? Características de la población del área programática. (cantidad de habitantes, población etaria predominante, características socioeconómicas). ¿Existe registro escrito de estos aspectos?
- Administrativos. ¿Cómo se reciben a los pacientes? ¿Cómo es el trato? Para resolver oralmente: Organización de los turnos y horarios. ¿Cuántos dan? ¿Alcanzan? ¿Qué sucede si un paciente viene al CAPS por fuera del horario en que se dio el turno? ¿Cómo hacen ante el requerimiento de un turno para salud mental?
- Con responsable del CAPS, para resolver oralmente: Especificidad del recurso humano, disciplinas, frecuencia con la que concurren al CAPS, prácticas desarrolladas por el CAPS. ¿Hay policías, serenos?
- Trato que se les da a los pacientes antes de ser atendidos, ¿cómo se los llama?
- Actitud de las personas mientras esperan ser atendidos. Si hay quejas, si observan carteleros, etc.
- Trato que se dispensa a las personas y el tiempo de espera para una práctica de enfermería.
- ¿Qué tipo de carteles hay? ¿Existen de salud mental?
- ¿Difunden en carteles o afiches actividades? ¿Son de prevención/promoción?
- Equipo que figura en la cartelera y sus horarios

Anexo 2. Guion temático Entrevistas en profundidad

Médicos

- 1- Profesión. Años de graduación. Antigüedad en el primer nivel. Frecuencia con la que concurre al CAPS.
- 2- ¿Cuáles son sus tareas? ¿Podría describirlas? ¿Cómo es un día típico de su trabajo?
Visitas domiciliarias: lineamientos, objetivos.
¿Existe algún lineamiento respecto al tipo de práctica que se tiene que desarrollar?
¿Por qué se visualiza la atención como principal práctica, hay alguna exigencia a nivel administrativo?
- 3- Atención primaria de la salud. ¿Trabaja con otros sectores? ¿Cuáles? ¿Podría ejemplificar? Existencia de algún grupo de población del área que se encuentra con mayor vulnerabilidad. Oportunidad que tiene ese grupo detectado como vulnerable, para acceder a los servicios de salud.
Condiciones de accesibilidad de la población al CAPS. ¿Barreras?
Relato de alguna experiencia de participación comunitaria frente alguna problemática sanitaria. ¿Cómo se generaron? ¿Obstáculos? ¿Por qué cree que la comunidad no se involucra?
- 4- ¿Se reúnen periódicamente en el CAPS para debatir problemas o planificar acciones? ¿Quiénes? ¿Podría describir una situación? ¿En algunas de esas reuniones tratan situaciones de salud mental? Beneficios y/o dificultades encontrados en trabajar con otros. Se reúnen por cuestiones de funcionamiento, cuestiones interpersonales o para debatir algún caso o actividad. ¿Por qué cree que no se reúnen?
- 5- Actividades desarrolladas en relación a la prevención y promoción de la salud. ¿Cómo las hace? ¿Cuáles de ellas se vinculan a la salud mental? Tiempo destinado a estas actividades.
- 6- Prácticas realizadas en relación a la salud mental.
- 7- Conocimientos necesarios para el desempeño en el primer nivel. ¿Son suficientes o se encuentra desprovisto de ellos?
- 8- Capacitaciones sobre atención primaria recibidas en el último año. ¿Cuáles?
¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?

- 9- Capacitaciones de salud mental recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?
- 10- Problemáticas de salud mental que recibe o de las que se ocupa. ¿Qué hace usted frente a una problemática de salud mental? ¿Se le presenta alguna dificultad? ¿Ante una problemática de salud mental quienes deberían intervenir?
- 11- Difusión de la política de salud mental comunitaria que tiene la provincia. ¿Qué aspectos le resultan relevantes? ¿Conoce la ley? ¿En la práctica diaria donde puede observar esto?
- 12- Rol del agente salud mental en el CAPS. ¿Debería incluirse otro trabajador de salud mental? ¿Cuál? ¿Por qué?
- 13- Referencia y Contra - referencia con los diferentes dispositivos del servicio de salud mental ¿Motivos, uso de registro escrito?
- 14- ¿Fomenta en las intervenciones la inclusión en áreas laborales u ocupacionales, respecto a la vivienda, el apoyo social, el soporte familiar y la reducción del estigma? Ejemplifique.

Psicólogos

- 1- Profesión. Años de graduación. Antigüedad en el primer nivel. Frecuencia con la que concurre al CAPS.
- 2- Descripción de sus tareas. ¿Cómo es un día típico de su trabajo? Actividad en terreno, cómo lo hacen, visitas domiciliarias: objetivos, lineamientos.
- 3- Atención primaria de la salud. ¿Trabaja con otros sectores? ¿Cuáles? ¿Podría ejemplificar? Existencia de algún grupo de población del área que se encuentra con mayor vulnerabilidad. Oportunidad que tiene ese grupo detectado como vulnerable para acceder a los servicios de salud. Condiciones de accesibilidad de la población al CAPS. ¿Barreras?
- 4- Relato de alguna experiencia de participación comunitaria frente alguna problemática sanitaria. ¿Cómo se generaron? ¿Obstáculos? ¿Por qué cree que la comunidad no se involucra?
- 5- ¿Se reúnen periódicamente en el CAPS para debatir problemas o planificar acciones? ¿Quiénes? ¿Podría describir una situación? ¿En algunas de esas reuniones tratan

- situaciones de salud mental? Beneficios y/o dificultades encontrados en trabajar con otros. ¿Por qué cree que no se reúnen formalmente?
- 6- Actividades desarrolladas en relación a la prevención y promoción de la salud. ¿Cómo las hace? ¿Cuáles de ellas se vinculan a la salud mental? Tiempo destinado a estas actividades.
 - 7- Conocimientos necesarios para el desempeño en el primer nivel. ¿Son suficientes o se encuentra desprovisto de ellos?
 - 8- Capacitaciones sobre atención primaria recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?
 - 9- Capacitaciones de salud mental recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles? Tengo entendido por unos documentos que analice que se hizo una capacitación sobre salud mental con certificación que organizó la Secretaría con la Universidad de Lanús ¿Te enteraste? ¿Qué te motivó a no hacerla?
 - 10- ¿Cómo visualiza la aplicabilidad de las leyes de salud mental en su trabajo diario? ¿Cómo se aplican las leyes a tu trabajo diario?
 - 11- Problemáticas más relevantes y frecuentes. ¿Cómo las aborda? ¿Cómo abordaría esas problemáticas con acciones de tipo comunitario? Puede relatar una experiencia o brindar algún ejemplo cercano. ¿Se le presenta alguna dificultad para trabajar con este tipo de problemáticas? ¿Quiénes deberían intervenir ante una problemática de salud mental?
 - 12- Modalidad de admisión de pacientes al CAPS. Tiempo transcurrido entre el primer contacto y la realización de la entrevista. Modalidad de atención más frecuente. ¿Qué tiempo le dedica a esto? ¿Utilizan algún instrumento de registro?
 - 13- Espacios en los cuales aborda las problemáticas de salud mental.
 - 14- ¿Están garantizadas las condiciones para la atención de las problemáticas de las que se ocupa?
 - 15- Rol del agente salud mental en el CAPS ¿Debería incluirse otro trabajador de salud mental? ¿Cuál? ¿Por qué?
 - 16- Referencia y Contra - referencia con los diferentes dispositivos del servicio de salud mental. ¿Motivos? ¿Uso de registros?

- 17- ¿Fomenta en sus intervenciones la inclusión en áreas laborales u ocupacionales, respecto a la vivienda, el apoyo social, el soporte familiar y la reducción del estigma? Ejemplifique.
- 18- Apreciación sobre trabajar en dos centros de salud
- 19- Se considera un agente multiplicador de la política de SMC ¿Cómo? ¿En qué sentido? Ejemplifique

Enfermeros

- 1- Profesión. Años de graduación. Antigüedad en el primer nivel. Frecuencia con la que concurre al CAPS (horarios fijos o rotativos).
- 2- Descripción de tareas que realiza. ¿Cómo es un día típico de su trabajo? ¿Hacen trabajo en terreno, cómo lo hacen? Visita domiciliaria: objetivos, lineamientos.
- 3- Atención Primaria de la Salud. ¿Trabaja con otros sectores? ¿Cuáles? ¿Podría ejemplificar? Existencia de algún grupo de población de su área que se encuentra con mayor vulnerabilidad. Oportunidad que tiene ese grupo detectado como vulnerable para acceder a los servicios de salud. Condiciones de accesibilidad de la población al CAPS ¿Barreras? Relato de alguna experiencia de participación comunitaria frente alguna problemática sanitaria. ¿Cómo se generaron? ¿Obstáculos?
- 4- ¿Se reúnen periódicamente en el CAPS para debatir problemas o planificar acciones? ¿Quiénes? ¿Podría describir una situación? ¿En algunas de esas reuniones tratan situaciones de salud mental? Beneficios y/o dificultades encontrados en trabajar con otros. ¿Por qué cree que no se reúnen formalmente?
- 5- Actividades desarrolladas en relación a la prevención y promoción de la salud. ¿Cuáles de ellas se vinculan a la salud mental? Tiempo destinado a estas actividades.
- 6- Prácticas desarrolladas en relación a la salud mental
- 7- Conocimientos necesarios para el desempeño en el primer nivel. ¿Son suficientes o se encuentra desprovisto de ellos? ¿Qué características considera que debe tener un enfermero para trabajar en el área externa?
- 8- Capacitaciones sobre atención primaria recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?

- 9- Capacitaciones de salud mental recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?
- 10- Problemáticas de salud mental que recibe o de las que se ocupa. ¿Qué hace usted frente a esas problemáticas de salud mental? ¿Se le presenta alguna dificultad para trabajar con este tipo de problemáticas? ¿Ante una problemática de salud mental quienes deberían intervenir?
- 11- Difusión de la política de salud mental comunitaria que tiene la provincia. ¿Qué aspectos le resultan relevantes? ¿Conoce la ley? ¿En la práctica diaria donde puede observar algo de esto?
- 12- Rol del agente salud mental en el CAPS. ¿Debería incluirse otro trabajador de salud mental? ¿Cuál? ¿Por qué?
- 13- Referencia y Contra - referencia con los diferentes dispositivos del servicio de salud mental. ¿Motivos? ¿Uso de registro escrito?
- 14- ¿Fomenta en sus intervenciones la inclusión en áreas laborales u ocupacionales, respecto a la vivienda, el apoyo social, el soporte familiar y la reducción del estigma? Ejemplifique.

TCST

- 1- Ocupación ¿Tiene alguna formación? Antigüedad en el primer nivel. Frecuencia con la que concurre al CAPS. ¿Incluyen alguna temática de salud mental en la formación? Si existiera un módulo de salud mental, desde tu experiencia, qué temáticas incluirías. (Con supervisoras: cómo obtuvo ese puesto, antigüedad, capacitación).
- 2- Descripción de sus tareas. ¿Cómo es un día típico de su trabajo? ¿Cómo determinan el criterio de vulnerabilidad? ¿Qué sucede con el resto de las familias no vulnerables? ¿Dentro de esas familias hay personas con algún padecimiento mental? Trabajo en terreno, cómo lo hacen, visita domiciliaria: objetivos, lineamientos. ¿Registro de datos e intervenciones en la historia clínica?
- 3- Atención primaria de la salud. ¿Trabaja con otros sectores? ¿Cuáles? Ejemplifique Existencia de algún grupo de población del área que se encuentra con mayor vulnerabilidad. Oportunidad que tiene ese grupo detectado como vulnerable para acceder a los servicios de salud.

- ¿A qué llaman familias vulnerables? ¿Incluyen al paciente de salud mental en esos criterios de vulnerabilidad? Condiciones de accesibilidad de la población al CAPS, ¿Barreras? Relato de alguna experiencia de participación comunitaria frente alguna problemática sanitaria ¿Cómo se generaron? ¿Obstáculos?
- 4- ¿Se reúnen periódicamente en el CAPS para debatir problemas o planificar acciones? ¿Quiénes? ¿Podría describir una situación? ¿En algunas de esas reuniones tratan situaciones de salud mental? Beneficios y/o dificultades encontradas en trabajar con otros. ¿Por qué cree que no se reúnen, qué pasaba antes?
 - 5- Actividades desarrolladas en relación a la prevención y promoción de la salud. ¿Cuáles de ellas se vinculan a la salud mental? Tiempo destinado a esas actividades.
 - 6- Prácticas realizadas en relación a la salud mental.
 - 7- Conocimientos necesarios para el desempeño en el primer nivel. ¿Son suficientes o se encuentra desprovisto de ellos?
 - 8- Capacitaciones sobre atención primaria recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?
 - 9- Capacitaciones de salud mental recibidas en el último año. ¿Cuáles? ¿Considera necesario recibir formación sobre otros aspectos? ¿Cuáles?
 - 10- Problemáticas de salud mental que recibe o de las que se ocupa. ¿Qué hace usted frente a esas problemáticas de salud mental? ¿Se le presenta alguna dificultad para trabajar con este tipo de problemáticas? ¿Ante una problemática de salud mental quienes deberían intervenir?
 - 11- Difusión de la política de salud mental comunitaria que tiene la provincia. En la práctica diaria donde puede observar esto. ¿Qué aspectos le resultan relevantes? ¿Conoce la ley?
 - 12- Rol del agente salud mental en el CAPS. ¿Debería incluirse otro trabajador de salud mental? ¿Cuál? ¿Por qué?
 - 13- Referencia y Contra - referencia con los diferentes dispositivos del servicio de salud mental. ¿Motivos? ¿Registro escrito?
 - 14- ¿Fomenta en sus intervenciones la inclusión en áreas laborales u ocupacionales, respecto a la vivienda, el apoyo social, el soporte familiar y la reducción del estigma? Ejemplifique.

Anexo 3. Guion temático Grupo de Discusión

¿Siendo trabajadores de salud mental, incluidos en un centro de atención primaria, de qué se ocupan? Si describen solo patologías: en cuestiones de prevención y promoción ¿Qué consideran que es incumbencia de salud mental? Descripción de experiencias concretas, ¿qué hacen? ¿Con quiénes? ¿Cómo lo hacen? Obstáculos ¿Cuando uno trabaja en rehabilitación, en prevención, sobre qué problemáticas estaríamos trabajando?

Si predomina actividad de consultorio: ¿Qué otras respuestas dan a esas demandas que reciben o que se les presentan? (violencia/adicciones que apareció en entrevistas) ¿Por qué consideran que se termina realizando una práctica clásica?

La ley explicita la necesidad de la intersectorialidad para el abordaje de esas problemáticas, ¿Cómo aparece esto que dice la ley? Los recursos que se relacionan con otros sectores ¿Están disponibles, cómo los utilizan, obstáculos?

¿Por qué les parece que estamos trabajando en la atención primaria? ¿Cuál les parece a ustedes que es la lógica que un trabajador de salud mental sea incluido en un equipo de atención primaria? ¿En qué consideran que su rol se modificó?

¿Se logran abordar conjuntamente las problemáticas? ¿Cómo? ¿Cómo trabajan aspectos de salud mental en forma más asociada con otro trabajador? ¿En su práctica hay algún trabajador que no sea de salud mental que se hace cargo de alguna problemática de salud mental o la trabaja conjuntamente con ellos? De las entrevistas surgió que se hacen pocas reuniones de equipo y pocos aspectos de salud mental se introducen ahí, por qué creen que pasa esto.

Visita domiciliaria: ¿Con qué objetivos? ¿En qué se diferencian nuestras visitas de salud mental de las visitas de los otros trabajadores?

¿Cómo terminaron trabajando en el primer nivel? ¿Pudo ser una elección? (Seamos o no residentes los programas y marcos regulatorios provinciales plantean la inclusión de la salud

mental en la estrategia de atención primaria y eso nos incluye a todos). ¿La existencia de algún lineamiento que haga coto al consultorio ayudaría a dar otras respuestas?

Referencia / Contra-referencia. ¿Cómo realizan ustedes los procesos de derivación, recepción, articulación con los otros dispositivos de la red? ¿Dónde ubican los obstáculos y entre quienes circulan la información?

La ley marca como prioritario la inclusión de salud mental en la atención primaria, como lo visualizan en sus intervenciones ¿están de acuerdo?

Anexo 4. Consentimiento Informado

Doy mi consentimiento voluntario a participar en un estudio destinado a indagar las representaciones y prácticas de salud mental de los trabajadores del primer nivel.

Se me ha informado que en este trabajo se indagarán, a través de entrevistas individuales y grupales, la opinión de los trabajadores sobre las temáticas mencionadas.

Se ha acordado que puedo retirarme de este estudio cuando lo desee. Puedo incluso retirarme del mismo aún después de haberse realizado la entrevista, retirándose y destruyéndose los datos obtenidos durante las entrevistas.

Mi nombre no figurara en ninguna publicación siendo totalmente confidencial mi participación. Los resultados de este estudio podrán ser publicados o presentados en revistas y reuniones científicas respetándose la confidencialidad antepuesta.

Se me ha contestado las dudas que pudiera tener al respecto.

He accedido a que esta entrevista sea grabada.

Atento lo dicho, expreso mi consentimiento para la inclusión y participación en este estudio firmando al final de la presente:

Firma del Participante

Trelew, _____ de _____ 201__