



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD.

“Aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación, en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 1 de la Ciudad de Ushuaia”.

Maestrando: Gabriel Acosta.
Directora del Trabajo: Mg.Gabriela Blejer

Ushuaia, 03, Diciembre. 2020



índice

Capítulo I.....	6
Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Justificación del Problema	11
Planteamiento del Problema	12
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Estado del Arte.....	13
Marco Teórico.....	16
Marco Normativo.....	30
Apartado Metodológico.....	34
Tipo de Estudio.....	34
Población Objetivo. Criterio de Selección.....	35
Instrumentos de Indagación y Registro de Datos	35
Fuentes de Información	38
Técnicas de Recolección de Información	38
Análisis de Datos	38
Capítulo II.....	44
Aspectos Facilitadores del Modelo de Atención y del Modelo de Gestión	44
Descripción General del C.A.P.S. Nº 1.....	44
Ley Nacional de Salud Mental.....	48
Aspectos del Modelo de Atención	50
Aspectos de Modelo de Gestión.....	53
Capítulo III.....	58
Abordajes Interdisciplinarios y Abordajes Intersectoriales	58
Implementación de Abordajes Interdisciplinarios.....	58
Implementación de Abordajes Intersectoriales.....	64



UNR



Capitulo IV.....	70
Hitos Históricos de la Inclusión de Salud Mental en A.P.S.....	70
Desarrollo de los Hitos Históricos	70
Capítulo V.....	75
Resultado Finales del Trabajo	75
Desarrollo.....	75
Capítulo VI.....	82
Propuestas para Profundizar la Inclusión de la Salud Mental en A.P.S	82
Desarrollo de las Propuestas	82
Capitulo VII.....	86
Conclusiones Generales	86
Desarrollo de las Conclusiones	86
Bibliografía	89
Anexo 1.	91
Contexto Socio-histórico de la Ciudad de Ushuaia	91
Anexo 2.	97
Guía de Entrevista.....	97
Anexo 3.	99
Resolución 000212/20	99
Anexo 4.	100
Actas de Reunión de Equipo	100

Listado de siglas.

Atención Primaria de Salud	A.P.S.
Derechos humanos	D.D.H.H
Centro de Atención Primaria de Salud	C.A.P.S.
Centro de Atención Primaria de Salud N° 1	C.A.P.S. N° 1.
Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud	I.P.S.S.S
Organización Mundial de la Salud	O.M.S.
Organización Panamericana de la Salud	O.P.S.

“En cuanto a salud mental, si se lograra definitivamente la “normalización” de la atención del paciente psiquiátrico tradicional y la integración de las acciones de salud mental en las acciones generales de salud, el objetivo por el cual nacieron las políticas de salud mental habría culminado con éxito. Tal éxito sería, simultáneamente, su extinción como campo específico para integrarse en prácticas sociales y de salud que incorporen la dimensión de la subjetividad”.

(Stolkiner & Solitario, 2007)

Capítulo I.

Resumen

Fundamentos:

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, aún continúa siendo un desafío a diez años de su promulgación. Uno de sus aspectos, el de la inclusión de la salud mental dentro de la salud en general, y en los Centros de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S) en particular, adquieren suma importancia para las políticas de Salud Mental en la ciudad de Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego.

Métodos:

El presente estudio es de naturaleza exploratorio y descriptivo, enmarcado en la investigación cualitativa en salud, se realizaron diez entrevistas semiestructuradas a los profesionales de diversidad especialidades que desarrollan su actividad en el C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia. Se confeccionó una guía de entrevistas y se crearon una serie indicadores.

Resultados:

Se releva que el C.A.P.S.N°1 cuenta con equipo profesional multidisciplinar, con predisposición para la tarea en conjunto, con un buen clima laboral y la autopercepción de un grupo de trabajo consolidado.

Se proponen capacitaciones sobre políticas de salud mental para los profesionales. La creación e implementación de un programa de gestión del C.A.P.S.N°1. Se considera necesario que se generen dispositivos en conjunto con otras instituciones gubernamentales y barriales, con el objetivo de realizar abordajes intersectoriales para abordar los problemas complejos en salud que se presentan en el área programática.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental, modelo de atención y modelo de gestión, abordaje interdisciplinario y abordaje intersectorial.

Abstract

Basics:

The implementation of the National Mental Health Law No. 26,657, still continues to be a challenge ten years after its promulgation. One of *the aspects is the inclusión of mental within health in general and in the Primary Health Care Centers (CAPS) in particular*, acquires great importance for Mental Health policies in the city of Ushuaia, Province of Tierra del Fuego.

Methods:

The present study is of an exploratory and descriptive nature, framed in qualitative research in health, ten semi-structural interviews were carried out with the professionals of diversity specialties that develop their activity in the C.A.P.S N ° 1 of the City of Ushuaia. An interview guide was prepared and a series of indicators were created.

Results:

It is revealed that C.A.P.S. No. 1 has a multidisciplinary professional team, with a predisposition for the joint task, with a good work environment and the self-perception of a consolidated work group. Trainings on mental health policies are proposed for professionals. The creation and implementation of a management program for C.A.P.S. No. 1. It is considered necessary that mechanisms be generated in conjunction with other government and neighborhood institutions, with the aim of carrying out intersectoral approaches to address the complex health problems that arise in the programmatic area.

Keywords:

National Mental Health Law, care model and management model, interdisciplinary approach and intersectoral approach.

Introducción

En noviembre de 2010, dentro de un contexto histórico en Argentina de promulgación general de leyes que amplían garantías sobre el cumplimiento de los derechos humanos (las leyes con número 26.000), se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que significa un hito en la legislación sobre la materia, su creación fue el resultado de un largo proceso de trabajo que involucró a distintos actores del campo, organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas. Luego la reglamentación se efectivizó mediante el Decreto 603 publicado en el Boletín Oficial del 29 de mayo de 2013.

La centralidad de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y con uso problemático de drogas, es el eje de esta Ley. Además, implica un paradigma alternativo al manicomial. Promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad frente a las desigualdades sociales.

Concretamente en el Capítulo V. titulado “Modalidad de Abordaje”. Artículo 9º, menciona 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**. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales

En la Provincia de Tierra del Fuego, una provincia sin manicomios, este nuevo paradigma presentó un desafío con prioridades diferentes al resto de las provincias del país. En la mayoría de las provincias se encontraban fuertemente instauradas y arraigadas las prácticas de las instituciones monovalentes (“los loqueros”) en los abordajes de salud, la meta era cerrarlos en el año 2020. Aquí en cambio, para lograr una adecuada y verdadera implementación de la Ley, se debía primero incluir las políticas de Salud Mental dentro de las políticas generales de Salud.

Para facilitar una política de inclusión de salud mental en el sistema de salud, son imprescindibles ciertos cambios en el modelo de atención y en el modelo de gestión.

Los Centros de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S) de la ciudad de Ushuaia, enmarcados en los principios generales de atención primaria de salud, se presentan como un ámbito inmejorable, en comparación con otras instituciones de la red de salud, para alcanzar la implementación de la Ley de Salud Mental.

El tema seleccionado para el presente trabajo, son los aspectos del modelo de atención y del modelo gestión que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación, en el C.A.P.S. N°1 de la Ciudad de Ushuaia.

Este trabajo constituye el último requisito para obtener el título de Magister de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto Lazarte, dependientes de la Universidad Nacional de Rosario dictada durante los años 2015-2017 en la ciudad de Ushuaia.

El presente estudio será de naturaleza exploratorio y descriptivo, enmarcado en la investigación cualitativa en salud, se realizarán diez entrevistas semiestructuras a los profesionales de diversidad especialidades que desarrollan su actividad en el C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia. Se confeccionará una guía de entrevistas y se utilizará la técnica hermenéutica dialéctica para la interpretación de los hallazgos.

En el desarrollo del trabajo se tendrá en consideración el conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, por parte de los profesionales que cumplen funciones en el primer nivel de atención, y se profundizara sobre las categorías de análisis, el abordaje interdisciplinario y el abordaje intersectorial.

Por todo lo indicado, en el año 2020, transcurrido diez años de la promulgación, se propone como objetivo general del trabajo, analizar los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S.N°1 de

la Ciudad de Ushuaia, que influyen en la implementación de la ley Nacional de Salud Mental.

Para eso, como objetivo específico se busca, identificar los aspectos facilitadores del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S N°1 que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Relevar la implementación de los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales del C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia.

Desarrollar los hitos históricos que posibilitaron la inclusión de la salud mental en el nivel primario de atención de salud en la Ciudad de Ushuaia.

Por último, se propone ejes de trabajo para profundizar la inclusión de salud mental en la atención primaria de salud, dentro del marco que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

Con respecto a la bibliografía se realizará una amplia lectura de diversos textos que se proponen investigar sobre las temáticas incluidas en la investigación, profundizando en los siguientes autores para estructurar el marco teórico con una coherencia lógica, Rolando García, Débora Ferrandini Alicia Stolkiner, Nuria Cunill, Tobar García, entre otros.

El Capítulo I, incluye el índice, marco teórico, el marco normativo y el apartado metodológico.

El Capítulo II, desarrolla la descripción general del C.A.P.S N°1, aspectos del modelo de atención y aspectos del modelo de gestión.

El Capítulo III, describe la implementación de abordajes interdisciplinarios y de abordajes intersectoriales del C.A.P.S N°1.

El Capítulo IV, menciona los hitos históricos que posibilitaron la inclusión de la salud mental en el primer nivel de atención de salud en la Ciudad de Ushuaia.

El Capítulo V, indica los resultados finales del trabajo.

El Capítulo VI, propone estrategias para profundizar la inclusión de la salud mental en el nivel primario de atención de salud en la Ciudad de Ushuaia dentro el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación.

El Capítulo VII, contiene las conclusiones generales del presente trabajo.

Se considera importante conocer los aspectos del modelo de atención y gestión que facilitan la implementación de la Ley de Salud Mental, por que posibilitará visualizar los recursos y acciones que permiten el abordaje interdisciplinario e intersectorial. Esta información será de utilidad al momento de planificar la gestión en el C.A.P.S N°1.

Por último, el desarrollo de los hitos históricos del trabajo en salud mental enmarcado en A.P.S de la Ciudad de Ushuaia, sumado a las conclusiones que arrojará el presente trabajo de investigación, servirán como aportes que potenciarán la profundización de la inclusión de salud mental en la salud en general, dentro del marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

Justificación del Problema

La importancia del tema de investigación del presente trabajo, reside en que permitirá conocer y evaluar cómo se implementa la Ley Nacional de Salud Mental a diez años de su promulgación, en el C.A.P.S. N° 1 de la ciudad de Ushuaia. Para ello se determinará cuáles son los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del Centro de Atención Primaria de Salud, que influyen en dicho proceso, desde la perspectiva del equipo profesional de salud.

Para poder llevar adelante la presente investigación, se considerará en primer término el conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, por parte de los profesionales y luego se profundizará sobre las categorías conceptuales de abordaje interdisciplinario e intersectorial. Dichos conceptos se basan en lo expresado en la Ley de Salud Mental en su Capítulo IV, “Modalidad de Abordaje”, Artículo 9°, donde queda expresado como debe ser el proceso del modelo de atención. En el mencionado artículo, la Ley, además hace referencia a que la atención debe basarse en los principios del modelo de atención primaria de salud.

Así mismo, al conocer sobre los aspectos del modelo de gestión que facilitan la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, posibilitara visualizar

y potenciar los recursos y acciones que permiten el abordaje interdisciplinario e intersectorial. Esta información será de utilidad al momento de planificar la gestión en el C.A.P.S. N°1.

Por último, a través de la investigación y desarrollo de los hitos históricos del trabajo en salud mental enmarcado en la atención primaria de la Ciudad de Ushuaia, sumado a las conclusiones que arroje el presente trabajo de investigación, servirán ambos de insumo para posibles aportes en pos de la profundización de la inclusión de salud mental en atención primaria salud, dentro del marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los aspectos del modelo de atención y del modelo gestión del C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia, que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación?

Objetivos

El presente trabajo tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General

Analizar los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia, que influyen en la implementación de la ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación.

Objetivos Específicos

-Identificar los aspectos facilitadores del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S. N° 1 de la Ciudad de Ushuaia, que influyen en la implementación de la Ley de Salud Mental.

-Relevar la implementación del abordaje interdisciplinario y del abordaje intersectorial en el C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia.

-Desarrollar los hitos históricos que posibilitaron la inclusión de la salud mental en el primer nivel de atención de salud en la Ciudad de Ushuaia.

-Proponer ejes de trabajo para profundizar la inclusión de salud mental en la atención primaria de salud, dentro del marco que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

Estado del Arte

En la lectura de la bibliografía disponible sobre el tema de investigación, se seleccionó en primer lugar un texto que adelanta los resultados parciales del proyecto sobre “Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de A.P.S y Salud Mental, dirigido por la Profesora. Stolkiner (Stolkiner, Michalewicz, & Fernandez, 2019).

Este trabajo continúa una línea de investigación sobre articulación entre A.P.S y Salud mental, de proyectos UBACyT anteriores.

El caso seleccionado es el municipio de San Martín que cuenta con una red de atención de salud mental en el primer nivel.

Se trabaja con una metodología de investigación acción participativa acorde con el hecho de ser una I.P.S.S (Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud).

Se describirán resultados correspondientes al objetivo de sistematizar la información sobre el perfil de los agentes municipales del programa de salud mental, y describir y analizar sus discursos y prácticas relacionándolos con los enunciados de la A.P.S integral y la Ley 26.657.

En el trabajo se describe el contexto (del municipio y sus servicios de salud) y se analizan los resultados de un cuestionario aplicado a agentes de salud mental del municipio.

El cuestionario ha sido elaborado por el Comité de Investigación que incluye investigadores y agentes de la gestión de salud mental del Municipio. Se encuentra actualmente en etapa de aplicación.

Luego se rescata un trabajo anterior en el tiempo, Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, de los autores (Heredia & Barcala, 2017).

En el mismo se describe como la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, inició un proceso de reforma en la atención de personas con padecimiento mental. Para niños, niñas y adolescentes existe en la ciudad de Buenos Aires un solo hospital pediátrico, que interna en salas generales a través de una admisión por Guardia.

Los autores se proponen como objetivo describir representaciones y prácticas de profesionales de guardia del citado hospital vinculadas a la atención de niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad con padecimiento mental, identificando modificaciones a partir de la Ley.

Se efectuó un estudio exploratorio descriptivo de corte retrospectivo. Se utilizaron, como técnicas cualitativas, entrevistas semiestructuradas a profesionales de diferentes disciplinas (Enfermería, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Toxicología) efectuadas en 2014-2015. Se realizó un análisis de contenido.

Se logró saber que los profesionales y sus prácticas concuerdan con el paradigma de la Ley, y los obstáculos en la atención e implementación se deben a insuficiencias en los recursos intra y extrahospitalarios, en especial en las internaciones en salas generales.

La transformación de prácticas según la Ley debe ser acompañada de la participación de distintos actores sociales y de políticas públicas en Salud Mental.

A.P.S y salud mental son los conceptos ejes del trabajo desarrollado en este párrafo, que tiene como tema la incorporación del concepto de cuidado como política pública, los autores (Pambukdjian & Parenti, 2017) forman parte también del proyecto de investigación “Articulaciones entre Salud Mental y A.P.S en la Argentina. Discursos, Prácticas y Subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.”

El proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, constituye un analizador de la articulación entre las políticas en salud mental y los postulados centrales de A.P.S en la Argentina, pondrán especial énfasis en los ejes “Integralidad y continuidad de cuidados” y “Atención

centrada en la comunidad”, con el fin de situarlos como obstáculos a la hora de planificar acciones de salud mental alternativas a la institucionalización. Sostienen que las políticas públicas deberán incorporar en el centro de la transformación salud mental, la dimensión del cuidado.

Profundizando sobre la implementación de La ley Nacional de Salud Mental, la siguiente investigación se centró en los avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario. (Tosi, y otros, 2015).

El objetivo de los autores es indagar si se han generado cambios en las modalidades de atención en estos últimos años y, desde la visión de los propios trabajadores de salud mental, cuáles son las potencialidades y dificultades que perciben en el proceso de implementación de legislación vigente en la actualidad.

El presente trabajo es un avance de una investigación descriptivo-exploratoria que se viene realizando desde una estrategia cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas y desde una perspectiva interdisciplinaria a diferentes profesionales que integran Servicios de Salud Mental.

Uno de los cambios significativos que se identifican a partir de la Ley, es la mejora generada al legitimar las internaciones en los hospitales generales y el trabajo interdisciplinario en la toma de decisiones en los tratamientos ambulatorios y en los criterios de internación o de externación para sujetos con sufrimiento psíquico.

El último trabajo que se citara, plantea las Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. (Zaldúa , y otros, 2011).

Su implementación requiere profundizar procesos participativos que superen obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental.

El trabajo se propone como objetivo general, comprender las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley y sus efectos.

Con un abordaje descriptivo-cualitativo realizaron entrevistas, grupos focales y observaciones participantes en hospitales mono y polivalentes públicos de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Desde un proceso recursivo y dialógico, resinificaron los hallazgos en la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria. La muestra intencional y estratificada por profesiones contempla, médicas/os, psicólogas/os, terapistas ocupacionales, enfermeras/os y otras/os trabajadora/es.

Las conclusiones que presentan, son que, frente a la norma, se observan facilitadores en los cambios acerca de la conceptualización y modalidades de atención; y obstáculos vinculados a la vigencia del paradigma tutelar y la conflictividad de intereses y visiones, que operan resistencialmente a las transformaciones.

Se advierte la necesidad de articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales en las micropolíticas institucionales que construyan viabilidades y transversalicen prácticas innovadoras; así como el desafío de un movimiento de Salud Mental con múltiples actores que garantice la universalidad de la salud.

Marco Teórico

En Tierra del Fuego, una provincia sin manicomios, la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, enmarcada en el paradigma de los derechos humanos, presenta como máximo desafío la inclusión de políticas de Salud Mental dentro de las políticas generales de Salud.

Para facilitar estrategias de la inclusión de salud mental en el sistema de salud en general, son imprescindibles ciertos cambios en el modelo de atención y en el modelo de gestión.

Los C.A.P.S de la ciudad de Ushuaia, bajo los principios generales de A.P.S, se presentan como un ámbito inmejorable, en comparación con otras

instituciones de la red de salud, para alcanzar la implementación de la Ley de Salud Mental.

En el cuerpo del marco teórico se desarrollarán las conceptualizaciones de:

- Abordaje interdisciplinario.
- Abordaje intersectorial.
- Modelo de atención.
- Modelo de gestión.
- Relación entre A.P.S y Salud Mental.

Poder abordar las temáticas mencionadas, permitirá alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo.

La Ley Nacional de Salud Mental 26657, en su Capítulo IV, “Modalidad de Abordaje”, describe en su Artículo 9º, 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...**

Abordajes Interdisciplinarios:

Rolando García (2006) considera que los abordajes interdisciplinarios se dan en las situaciones que se caracterizan por la confluencia de procesos múltiples cuyas interrelaciones constituyen la estructura de un sistema que funciona como una totalidad organizada, a la cual denomina sistema complejo. Entiende que lo complejo de un sistema no solamente está determinado por la heterogeneidad de los elementos o subsistemas que lo compone, y de cómo su naturaleza los sitúa normalmente dentro del dominio de diversas ramas o especialidades de la ciencia y la tecnología.

Además de la heterogeneidad, la característica determinante de un sistema complejo, es la interdefinibilidad y la mutua dependencia de las funciones que cumplen dichos elementos dentro del sistema total. Esta característica prescinde la posibilidad de obtener un análisis de un sistema complejo por la

simple adición de estudios sectoriales y especializados correspondientes a cada uno de los elementos. (García, 2006)

El juego dialéctico involucrado en la doble direccionalidad de los procesos, que van de la modificación de los elementos a los cambios del funcionamiento de la totalidad, y de los cambios de funcionamiento a la reorganización de los elementos, constituye uno de los problemas que ofrece mayor dificultad en el estudio de la dinámica de los sistemas complejos. Estas interacciones entre la totalidad y las partes, retroalimentación, no pueden ser analizadas fraccionando el sistema en un conjunto de áreas parciales que correspondan al dominio disciplinario de cada uno de los elementos. Y es allí donde se sitúa la diferencia entre multi o pluridisciplina e interdisciplina. Explica García (2006) que primero debemos definir el objeto de estudio y luego la manera de ser estudiado. Llama entonces investigación interdisciplinaria al tipo de estudio que requiere un sistema complejo.

El cambio del punto de partida tiene importantes implicaciones, las características que definen los sistemas complejos, no sólo establecen la necesidad de ser estudiados con una metodología adecuada, de carácter interdisciplinario, sino que determinan, en buena medida, también cuáles son las condiciones que debe reunir dicha metodología. En este contexto, metodología adecuada significa que debe servir como instrumento de análisis de los procesos que tienen lugar en un sistema complejo y que explican su comportamiento y evolución como totalidad organizada.

Suele muchas veces proponerse para abordar el problema de la interdiscipliniedad, la creación de equipos pluri-disciplinarios. Ya que se supone y se afirma que nadie podría abarcar el amplio espectro de conocimientos que requieren los estudios interdisciplinarios, la única forma de abordar tales estudios, es solo a través de grupos de trabajo integrados por representantes de diversas disciplinas y saberes.

La interdiscipliniedad se alcanza sólo si se da un equipo, y un trabajo interdisciplinario, y esto es siempre el resultado de un equipo

pluridisciplinario. Esta afirmación es correcta, el equipo de trabajo no se puede definir como interdisciplinario, lo que sí es interdisciplinario es la metodología particular de investigación que requiere siempre la conformación de equipos multidisciplinarios.

Pero al analizar en detalle y en profundidad la afirmación anterior, se advierte que es insuficiente. Porque un grupo de especialistas podría ser denominado multidisciplinario o pluridisciplinario, pero no por el mero hecho de estar juntos ya se torna interdisciplinario.

“La yuxtaposición de especialistas (multi- o pluri-) no produce la interdisciplinariedad, que es, insisto, una consecuencia metodológica de concebir ciertas problemáticas desde una perspectiva en particular: la de los sistemas complejos”. (García, 2006).

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores de abordajes interdisciplinarios, resulta necesario saber cuáles serían los sistemas complejos en salud, para ello se tomará el concepto de problemas complejos en salud.

“Un problema complejo en salud es la distancia entre lo que alguien está viviendo y lo que desea”. (Ferrandini, 2011).

Para definir un problema se requiere de un sujeto, de alguien, una persona o un grupo, que quieren cambiar algo de lo que están viviendo; es decir, que los problemas en principio son elaborados por quienes quieren cambiar o construir una nueva realidad.

La autora (Ferrandini, 2011) describe que con frecuencia los trabajadores de salud priorizan circunstancias que no son las que la comunidad, un grupo social, una familia o un sujeto consideran como lo más grave entre lo que afecta a sus vidas.

Es así que propone entender cómo se construyen sus problemas los grupos, las familias y los sujetos, esto resulta fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio.

Para ello es necesario que todo el conocimiento disciplinar, la experiencia práctica, las capacidades de los equipos multidisciplinares de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece.

Es fundamental que los equipos interdisciplinarios discutan y acuerden la mejor estrategia para superarlo. Pero también es fundamental que escuchen a quienes sufren o padecen ese problema, que comprendan cómo y de qué manera lo atraviesan, qué es lo que realmente desean modificar y finalmente con qué recursos, experiencia y saberes cuentan ellos para enfrentarlo.

En efecto, que es poniendo en común todas estas perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, se lograrán que los proyectos terapéuticos y de cuidado sean más efectivos. (Ferrandini, 2011).

“La interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”. (Stolkiner, A, 2005).

Esta afirmación convoca a reconocer la incompletud de las herramientas que posee cada saber. Asimismo, legitima algo que existía con anterioridad, las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneo, atravesando distintos saberes disciplinarios.

“La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Pese a esa plataforma común hay distintas corrientes sobre la interdisciplinariedad.” (Stolkiner, 2005)

En la actualidad la autora mencionada precedentemente expresa que, en el debate sobre el tema de lo interdisciplinario.

Se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas, la de la investigación interdisciplinaria de corte académico y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales.... Es esperable esta contraposición ya que la diferencia es en cuanto al producto final, en

la investigación el énfasis es la producción de conocimientos en cambio en los equipos asistenciales el énfasis está en la acción. (Stolkiner, 1999, pág. 1).

No obstante, no se podría separar de manera absoluta el acto de la investigación de su efecto en las prácticas, ni se podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, simultáneamente conocimientos.

Para contemplar problemas y requerimientos específicos, según Stolkiner (2005) hay que diferenciar los equipos que se desempeñan en servicios hospitalarios de aquellos que se desenvuelven en prácticas comunitarias.

La primera tarea de construcción inter-saberes que desafían los equipos comunitarios es la formulación del programa a implementar, y desarrollar en eso la definición de sus objetivos y metas. La base de la misma es la definición del problema o problemas complejos y de sus actores.

El marco de referencia implicaría acuerdos básicos ideológicos, tales como se define al sujeto de estas acciones, “paciente”, “beneficiario”, “sujeto de derecho”.

Respecto a la autonomía y los bordes del equipo de salud en sus definiciones, estarán sujetos al marco institucional y los planes políticos en los que se inscribe, además de las tramas burocráticas en las que suelen encontrarse inmersos.

En los hospitales lo esperable sería pasar de la “interconsulta” a la integración de acciones de salud en los servicios, con el fin de revertir las prácticas hegemónicas tradicionales. Este proceso puede surgir a partir de la modificación de la institución hospitalaria, tal vez desde una agrupación de servicios por patologías, a una red integrada de prestaciones por cuidados progresivos que tenga como figura central al sujeto de la atención.

Sin embargo, es importante reconocer que el núcleo de las prácticas entre profesionales es el abordaje interdisciplinario, y como en todos los grupos humanos la cuestión del poder se pone en juego.

En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación a los problemas y no por el peso o tradición de cada profesión, como la clásica hegemonía médica. Suelen ser equipos con coordinaciones flexibles y no con jefaturas asignadas según profesión. (Stolkiner, 2005)

En el trabajo de investigación “Imaginarizar el Trabajo Interdisciplinario en Salud”, los autores (Schejter, Selvatici, Cegatti, Deraco, Ugo, & Jesiotr, 2008) definen que el trabajo interdisciplinario se da cuando se lleva a relativizar las certezas, a interrogarse y a permitir que el pensamiento de un profesional cuestione el marco de referencia o los criterios utilizados por los otros y de este modo posibilita la autocrítica y el aprendizaje, y conjuga habilidades y conocimientos de diferentes especialidades.

Es así que determinan indicadores útiles para analizar los abordajes interdisciplinarios:

- Existencia de un feedback entre los profesionales: para ellos este primer indicador es la perspectiva de los otros profesionales sobre la evolución de un paciente, que posibilita autoevaluar la pertinencia de la indicación dada. Refieren que esto es especialmente importante para aquellos profesionales que no participan en el seguimiento del paciente, para los que la única forma de saber los efectos de las decisiones adoptadas es a partir de la devolución de sus colegas.
- Planteo conjunto de los problemas: en este indicador engloban los conceptos que definen y acuerdan las distintas concepciones sobre el núcleo problemático a tratar y se construyen nuevas preguntas para continuar abordando al paciente.
- Producción de conocimiento: manifiestan que a partir de las investigaciones interdisciplinarias se puede mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y generar un espacio de aprendizaje para todos. La producción científica es otra nueva instancia de autoevaluación y es considerada como otro indicador del abordaje interdisciplinario.

- La relativización de la propia mirada a partir de la de otros integrantes del equipo.
- La promoción de una mirada panorámica que permite enriquecer el pensamiento y satisfacer la necesidad psicológica de dar sentido al propio quehacer.
- Reconocimiento de la posibilidad de disfrutar del trabajo al percibir que los aportes pueden ser valorados y reconocidos, por sí mismo y por los otros, como parte de un proyecto y no como una acción aislada. El clima de trabajo.
- Fomento de la contención al delegar las tareas que uno no puede desarrollar, al compartir responsabilidades ante decisiones difíciles y al existir un control cruzado de los sesgos de cada óptica, es propuesto como el último indicador. (Schejter, Selvatici, Cegatti, Deraco, Ugo, & Jesiotr, 2008)

Abordajes intersectoriales:

Este Abordaje, en palabras de la autora Cunill, (2014) actualmente es incorporado en diversas políticas públicas que recurren a esta noción y lógica, éste concepto polisémico que se refiere a las relaciones entre sectores públicos, o públicos y privados, con sus áreas de intervención salud, educación, justicia y desarrollo social.

Las intervenciones deben ser de gestión asociada, y referirse a problemáticas que demandan abordajes transversales.

El territorio, como espacio próximo a los destinatarios, debe ser el marco para el despliegue de las acciones integrales y multidimensionales que puedan resolver situaciones complejas.

Cuando se alude a la conceptualización de intersectorialidad, como la relación entre distintos sectores gubernamentales, el foco se coloca expresamente en la solución del problema que se busca enfrentar, advirtiendo que, si el problema es multicausal, la integración sectorial puede mejorar su abordaje integral.

Es decir, que búsqueda de la integralidad en el abordaje de un problema específico o una determinada situación social, coloca en el centro de la cuestión la relación entre diversos sectores del Estado.

“La intersectorialidad, entonces implica que diversos sectores gubernamentales, no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes”. (Cunill, 2014, pág. 8).

La definición anterior de intersectorialidad implica necesariamente que los sectores deben coordinar acciones, ponerse de acuerdo, para la resolución de una situación problemática en un territorio determinado.

“Entonces la noción de la intersectorialidad, desde la perspectiva que se detalla, remite a la integración de diversos sectores, con vistas a la solución de problemas sociales complejos, cuya característica fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales. Así, al apelar a que los distintos sectores puedan converger, desde sus especificidades, para atender la variedad de causas que están tras los complejos problemas sociales actuales, por esto las políticas sociales depositan en la intersectorialidad la concreción de la promesa de la integralidad”. (Cunill, 2014, pág. 17)

Más allá de la descripción conceptual de estos autores sobre el abordaje interdisciplinario y el abordaje intersectorial, salvo excepciones, el “discurso sanitario”, el sector público de salud sigue privilegiando un modelo de atención asistencial, individual, a demanda y eminentemente curativo, y un modelo de organización poco integrado, pasivo y resistente al cambio. Existe una gran dificultad en programar y organizar la atención en términos de sistema integrado y redes de atención.

Las estrategias tales como atención escalonada y articulada entre niveles, referencia y contrarreferencia, coordinación intra e intersectorial, abordaje interdisciplinario y abordaje intersectorial, son conceptos de escasa implementación.

A menudo el sistema funciona como islas y, lejos de organizar la circulación de los pacientes, son los pacientes quienes terminan organizando su atención o peregrinando en pos de ella.

Los hospitales actualmente suelen tener excelencia médica y profesional, y biotecnología moderna, pero sus herramientas organizativas y su cultura de gestión son casi las mismas que las de mediados del siglo XX. Esto se traduce en problemas persistentes de organización.

Por esto, se considera que, para la implementación en las instituciones o ámbitos de salud de los abordajes propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental, será necesario que se presenten aspectos facilitadores del modelo de atención y del modelo de gestión.

Modelo de atención:

Tobar (2000) define el modelo atención a todo aquello que es estrictamente médico – sanitario, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico.

Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- I. ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)
- II. ¿A quién cubrir? (¿cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
- III. ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿Con cuáles criterios o padrones?)
- IV. ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?). (Tobar, 2000, pág. 7).

Bonazzola (1999) define el modelo de atención como la concepción organizativa de la respuesta social a las necesidades de salud de la población.

Esta relación existente entre la necesidad y la respuesta, se encuentra inscripta en un marco histórico social determinado, por lo que la atención de salud se modifica junto con las transformaciones que sufre la sociedad.

Explica que actualmente se debe considerar que la formulación de un modelo de atención debe tener en cuenta:

- Una población definida en un espacio geográfico e institucional determinado.
- Un programa prestacional de acceso universal y equitativo.
- Un sistema de servicios organizados por redes y niveles.
- Un marco normativo y una autoridad de aplicación.
- Un sistema de evaluación. (Bonazzola, 1999)

Modelo de gestión:

Según Tobar (2000) el modelo de gestión es el que define las prioridades del sistema, son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción.

Se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión:

- a) Por un lado los valores que guían al sistema: cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros.
- b) Por el otro las funciones del Estado en salud: cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad.

Así también las funciones del Estado en salud, se pueden encuadrar en cuatro categorías:

- I. Informar a la población,
- II. proveer directamente servicios a la población,
- III. financiar servicios de salud,

IV. regular el mercado de salud.

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud. (Tobar, 2000, págs. 5,6)

Además, la Ley Nacional de Salud Mental 26657, en su Capítulo IV, “Modalidad de Abordaje”, describe en su Artículo 9º que el proceso de atención debe ser **basado en los principios de la atención primaria de la salud...**

Relación entre A.P.S y Salud Mental:

Existe una relación entre los conceptos Atención Primaria de la Salud y Salud Mental.

En su documento de 2005 destinado a redefinir la A.P.S en las Américas, la OPS/OMS reconoce cuatro enfoques de la Atención Primaria:

- Atención Primaria de Salud Selectiva
- Atención Primaria
- Alma Ata- Atención Primaria de Salud ampliada
- Enfoque de salud y derechos humanos

Stolkiner y Solitario (2007) en su trabajo consideran que el enfoque de A.P.S ampliada necesariamente incluye la de derechos humanos y que la selectiva suele subsumir a la que en el documento se menciona como Atención Primaria.

A su vez, la relación entre A.P.S y Salud Mental reconoce dos enfoques posibles:

-La promoción de la salud mental, la integración y la incorporación de la misma en acciones generales de salud y la atención primaria de salud en particular.

-La respuesta al núcleo duro de las políticas en salud mental (la persistencia de las internaciones prolongadas y crónicas), y la utilización de los principios de A.P.S, para la atención comunitaria de las patologías psiquiátricas clásicas y la generación de programas de descentralización de los hospitales psiquiátricos.

Ambas posibilidades no son excluyentes.

Se pueden sintetizar las posibles concepciones de A.P.S (numeradas como 1 y 2) y las dos posibilidades de relación entre A. P.S y Salud Mental (numeradas como 3 y 4) a fin de considerar sus articulaciones.

Concepto de APS	Relación entre APS y Salud Mental
1. APS Selectiva: como primer nivel básico de atención esencial o Enfoque de focalización	3. Incorporación de salud Mental en APS: acciones integrales, promoción de la salud mental. (OMS, 1990, 2004).
2. APS Integral: como estrategia reordenadora del sistema de salud en enfoque universalista	4. Aplicación de los componentes de APS a la atención en salud mental con eje en la desinstitucionalización

Fuente: (Stolkiner & Solitario, 2007)

Las posibles articulaciones en los componentes que se presentan en este cuadro, muestran las diferentes concepciones que se derivan en las distintas propuestas, incluyendo las diferencias que van desde los postulados sobre derechos hasta la asignación de recursos:

La articulación entre la opción 1 con las 3 y 4, derivará en:

1-3 La habilitación de agentes de la comunidad y agentes generales de salud para dar respuesta a los nuevos problemas complejos, como la violencia, el consumo de sustancias, las problemáticas de la niñez y

adolescencia, detección y apuntalamiento de familias en riesgo, entre otras. En programas específicos dirigidos a poblaciones de riesgo.

1-4 Esta relación se refiere a la provisión de medicamentos esenciales para patologías psiquiátricas en el primer nivel de atención.

La externación de personas para la liberación de lugares y camas hospitalarias, en ocasiones se propone que estos recursos que se “ahorran” por la no internación, sean posteriormente volcados a la red de los servicios comunitarios, esto para el soporte ambulatorio de los pacientes externados. Estas acciones se integran programas focalizados para poblaciones “pobres” o fuera de cobertura de seguros.

Obviamente no implica necesariamente una reforma jurídica de fondo con respecto a los hospitales monovalentes e internaciones prolongadas, dado que para hacerlo tendría que avanzar regulatoriamente sobre las prestaciones del sector privado y las prácticas corporativas ligadas a ello.

En ambos casos existe la intención de reducir costos en los salarios de los recursos humanos, particularmente los especializados.

En las recomendaciones originarias de acción de A.P.S, las resueltas en Alma Ata, se planteaba la necesidad de integrar las acciones de salud mental en la atención primaria.

Para esto el primer nivel debería estar a cargo de personal general de salud debidamente capacitado. Para los recursos humanos especializados se reservaban funciones de capacitación y supervisión. En el primer nivel de atención, contando con agentes generales de salud adecuadamente capacitados, se proponía desarrollar tanto las acciones de promoción de la salud mental como las de prevención y atención de las patologías específicas del campo. (OMS, 1990)

En el enfoque Atención Primaria Selectiva los principios anteriores serán transformados hasta casi la reducción de la intervención especializada en salud mental. La asistencia queda limitada a la mínima provisión de medicamentos esenciales y al apoyo en educación e información a las unidades familiares y las redes informales comunitarias.

Para las autoras (Stolkiner & Solitario, 2007), en cambio la articulación entre la opción de A.P.S integral (2) con la prevención y promoción en general (3), y con las estrategias de desinstitucionalización (4), hace confluir los postulados más transformadores de la estrategia de A.P.S con los objetivos iniciales de las políticas en salud mental.

Esta perspectiva reincorpora en el núcleo de la atención en salud mental la dimensión política de los derechos humanos y de ciudadanía. Por eso se instituye una ética que trasciende el modelo de toma de decisiones basadas primordialmente en los cálculos económicos.

Por el alcance del tema de este trabajo, que busca analizar la implementación de la Ley de Salud Mental, en un Centro de Atención Primaria de Salud, se basará en la articulación entre 2 y 3, ya que permitirá repensar la incorporación de prácticas de salud mental en las acciones generales de salud, con el fin de reincorporar la dimensión subjetiva generalmente eludida en los modelos de atención, humanizandola.

También incorpora la promoción y prevención relacionada con problemas psicosociales (problemas complejos en salud) en una perspectiva necesariamente intersectorial

Por último, la articulación entre el punto 2 y el punto 4 deriva en políticas de desinstitucionalización dirigidas a recuperar la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de los pacientes, este punto excede el alcance de este trabajo. (Stolkiner & Solitario, 2007).

Marco Normativo

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, que fue sancionada en diciembre de 2010 y reglamentada con la participación de las provincias en 2013, responde a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al enfoque de derechos humanos, inserto esto en la normativa constitucional y destacado en la Declaración de Caracas de 1990, acordada por los países

miembros de la O.P.S y O.M.S, además de otras instituciones internacionales.

Tratados y documentos internacionales sobre Salud Mental: diferentes proyectos y experiencias han propiciado situar el tema de la Salud Mental en las agendas gubernamentales, así como promover mejoras en las políticas y prácticas, cambios en las leyes, avances en la promoción y prevención de Salud Mental, protección de derechos e intereses de las personas con padecimientos mentales, de sus familiares, y acompañantes, como mejoras en los servicios, tratamientos de cuidado, entre otros.

La declaración de Caracas en 1990, consensuada por diversas organizaciones, asociaciones civiles, autoridades de salud, profesionales de Salud Mental, legisladores y juristas es un documento princeps que pone en cuestión el modelo convencional de atención psiquiátrica y el hospital psiquiátrico/monovalente como única modalidad de atención. Dicho documento sostiene que estas formas de atención no permiten alcanzar el cumplimiento real de los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Los puntos cardinales aprobados en la Conferencia de Caracas fueron: el modelo de A.P.S, promoción de modelos y abordajes alternativos centrados en dispositivos comunitarios y basado en redes sociales, revisión del papel hegemónico del hospital psiquiátrico/monovalente, la garantía de dignidad personal y de Derechos Humanos (DD.HH.), conjuntamente con la necesidad de la capacitación de recursos y de programas que promuevan la reestructuración, el monitoreo y la defensa de los DD.HH. de las personas con padecimiento mental de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales.

En la Conferencia Regional de Brasilia (O.P.S, O.M.S, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares), a 15 años de Caracas, se ratificó la validez de sus principios rectores referidos a la protección de los DD.HH. y las libertades fundamentales de las personas afectadas por padecimientos mentales.

Se sostuvo la necesidad de las redes de servicios comunitarios que reemplacen a los hospitales psiquiátricos monovalentes. También se señaló que, a nivel regional, se produjeron avances en la reestructuración de la atención en Salud Mental, como por ejemplo, la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil que promueve la movilización cultural, la reducción de las camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención.

El Consenso de Panamá del de agosto de 2010, con la participación de autoridades de salud de América Latina, organizaciones de DD.HH., instituciones académicas, la O.P.S, la O.M.S, usuarios y familiares, planteó la consigna de la década del salto hacia la comunidad: “Por un continente sin manicomios en el 2020”.

Se advierte la preocupación del crecimiento de síntomas y padecimientos mentales por el uso excesivo de sustancias psicoactivas, particularmente el consumo alcohólico, ya que representan una gran carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Instan a implementar estrategias y planes de acción sobre Salud Mental, siempre teniendo como premisa el fortaleciendo el modelo de atención comunitaria y la protección de los DD.HH., en particular el derecho a vivir en forma independiente y ser incluidos en la comunidad.

Plantean, también, identificar los desafíos de los problemas psicosociales de la niñez, la adolescencia, las mujeres y las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Proponen además el aumento de recursos y programas para Salud Mental.

A su vez, en documentos referentes a la Promoción de la Salud Mental (OMS, 2004) afirma la relación de la misma con el desarrollo de las sociedades y los países, y se sostiene que la pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan y están estrechamente relacionados con los padecimientos mentales.

Asimismo, se recomienda el desarrollo de programas comunitarios para la reducción de la pobreza, la independencia económica, el empoderamiento

de las mujeres, la reducción de la desnutrición, el aumento de la alfabetización y educación, así como la importancia de contribuir a la promoción de la salud mental y a la prevención de los trastornos mentales y de abusos de sustancia.

El concepto de “fomento de la salud mental” se ha desarrollado para promover los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y para reducir el estigma y la discriminación social. El origen del concepto remite a la voz de las familias de personas con padecimientos mentales en reclamo de sus derechos. Luego aportaron a este proceso las propias personas con padecimientos mentales y, finalmente, las organizaciones, profesionales de salud mental y algunos gobiernos se incluyeron como actores en el reclamo. Las acciones de fomento propuestas Incluyen: el aumento de la conciencia social, información, educación, formación, apoyo mutuo, asesoramiento, mediación, defensa y denuncias de la violación de los derechos.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, se plantea desde el comienzo como paradigma alternativo al poner en cuestión la lógica manicomial, el sintagma locura-peligrosidad, y la hegemonía del discurso médico y jurídico.

Está definida como bien público (art. 45 de dicha regulación) lo que implica que un piso básico de derechos que deben cumplirse en forma efectiva desde su promulgación, en todo el país.

En su construcción, participaron distintas organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas. Dicha Ley promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de la salud mental, integrado los equipos por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas y/o campos pertinentes.

En cuanto a la internación asociada a la peligrosidad, para sí y para terceros, es sustituida por la constatación de riesgo cierto e inminente, restringiendo las internaciones involuntarias y el poder absoluto del juez. Es el equipo

interdisciplinario que determina en caso de considerarlo la internación de la paciente bajo criterios científicos.

Se crea para el control y revisión de las internaciones involuntarias un Órgano de Revisión con participación de organismos de derechos humanos, familiares y personas con padecimientos mentales.

En este sentido, se reafirma que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, basados en los principios de la atención primaria y orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Se señala que en el caso de internación debe ser lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios y registros en las historias clínicas de las evoluciones del paciente y de las intervenciones del equipo interdisciplinario interviniente.

Además, está prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente públicos o privados y los existentes deben adaptar los objetivos y principios hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

Se determina para el año 2020 el cierre definitivo de todos los manicomios existentes en el país. (Zaldúa , y otros, 2011).

Apartado Metodológico

Tipo de Estudio

El presente estudio es de naturaleza exploratoria y descriptiva, enmarcado en la investigación cualitativa en salud (de Souza Minayo, 2004), en tanto sobre el tema de investigación seleccionado no se dispone de información constituida en el ámbito de la Provincia. Se trata de un estudio de caso, se selecciona al C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia, siendo este uno de los nueve C.A.P.S de la red de atención primaria dependiente de la Dirección de Atención Primaria de Salud Zona Sur.

Se compone por un equipo profesional multidisciplinario, la mayoría de estos profesionales desarrollan su actividad de forma permanente y los otros restantes de forma itinerante.

El carácter descriptivo del estudio se enmarca en la pretensión de identificar y describir los factores del modelo de atención y del modelo de gestión que facilitan la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, desde la perspectiva de los profesionales de salud del C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia.

Se selecciona el abordaje interdisciplinario y el abordaje intersectorial como ejes conceptuales para comprobar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el C.A.P.S N°1, desde una perspectiva etnográfica,

Población Objetivo. Criterio de Selección

Para realizar el estudio se selecciona el C.A.P.S N°1 de la Ciudad de Ushuaia, la población objetivo es la totalidad de los profesionales que desarrollan su actividad en ese C.A.P.S.

Además, en el trabajo se incluye la entrevista a un actor clave, el Director de Atención Primaria de la Salud Zona Sur, ya que ocupa actualmente un lugar estratégico en la implementación del modelo gestión de los C.A.P.S de la Ciudad.

Instrumentos de Indagación y Registro de Datos

De Souza Minayo (2007) sostiene que los instrumentos de trabajo de campo en la investigación cualitativa apuntan a mediar entre los marcos teórico-metodológicos y la realidad empírica.

El instrumento de indagación construido y utilizado en el presente trabajo es la guía de entrevista (ver anexo 2), construida para tal fin.

Se realizan 10 entrevistas semiestructuradas, con el propósito de obtener los datos, las cuales se registran de manera escrita y grabada previo consentimiento verbal de los entrevistados.

Algunas de las entrevistas se programan con antelación y otras se coordinan en los momentos libres de la atención diaria, los entrevistados cuentan con

la información general respecto del marco del estudio y los objetivos del mismo.

Como ya se mencionó, se realizan las entrevistas a los profesionales, a la totalidad de los que cumplen funciones durante el mes de septiembre de 2020 en el C.A.P.S N° 1.

Los entrevistados son la jefa del Centro de Salud y psicóloga, el médico generalista, las enfermeras de los tres turnos, la agente sanitario, el agente sanitario, la trabajadora social, la médica pediatra y la médica de adultos.

Todos comparten la categoría de ser profesionales de la salud de diversas especialidades, con diversas trayectorias y antigüedad en el sistema del primer nivel de atención de la Ciudad de Ushuaia.

Tabla 1: Perfiles de los entrevistados

Entrevista	Especialidad	Codificación del entrevistado	Año de ingreso al primer nivel de atención	Año de ingreso al C.A.P.S. N°1
Entrevista 1	Psicóloga	P.S	2016	2016
Entrevista 2	Médico Generalista	M.G	2019	2019
Entrevista 3	Enfermera	Enf. 1	2014	2014
Entrevista 4	Agente Sanitario	A.S.1	2019	2019
Entrevista 5	Trabajadora Social	T.S	2020	2020
Entrevista 6	Agente Sanitario	A.S. 2	1996	1996
Entrevista 7	Enfermera	Enf.2	2006	2006
Entrevista 8	Enfermera	Enf.3	2020	2020
Entrevista 9	Médica Peditra	M.P	2014	2014
Entrevista 10	Médica de Adultos	M.A	2003	2003

(Fuente: Elaboración Propia.)

Si bien en un primer momento la intención del alcance del trabajo pretendía abordar los tres C.A.P.S (Nº 1,6 y 9) de la zona norte de la Ciudad Ushuaia, se reevalúa y se considera viable por disponibilidad de tiempo y recursos centrar la investigación en el C.A.P.S. N°1.

Todos los entrevistados aceptan gentil y desinteresadamente participar del estudio, mostrando predisposición para responder las preguntas.

Fuentes de Información

Se utilizan principalmente como técnicas de producción de datos, el análisis de fuentes secundarias y la observación participante, para relevar los factores del modelo de atención y el modelo gestión, que influyen en la implementación de la Ley de Salud Mental.

Además, la realización de entrevistas semidirigidas y semiestructuradas a los profesionales de salud y actores claves de la red del primer nivel de atención, para relevar la implementación de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en el C.A.P.S. N°1 de la Ciudad de Ushuaia. (de Souza Minayo, 2007).

Técnicas de Recolección de Información

Se elabora un instrumento para realizar entrevistas de tipo semiestructuradas a los profesionales del C.A.P.S.N°1, para recolectar la información de la población seleccionada. Dicha técnica es desarrollada y aplicada específicamente para el estudio.

Análisis de Datos

“Comprender implica la posibilidad de interpretar, de establecer relaciones y extraer conclusiones en todas las direcciones. Pero, comprender termina siendo siempre comprenderse”. (de Souza Minayo, 2007)

Para la clasificación de los datos obtenidos, en primera instancia se considera el tema sobre:

El conocimiento la Ley Nacional Salud Mental, desde la perspectiva de los profesionales entrevistados, como uno de los aspectos para analizar su implementación en C.A.P.S. N°1.

Tabla 2: Ley de Salud Mental.

Temas	Datos
Implementación de la Ley de Nacional de Salud Mental	Conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Aportes de la Ley Nacional de Salud Mental.

(Fuente: Elaboración Propia.)

“...Comprender implica la posibilidad de interpretar, de establecer relaciones y extraer conclusiones en todas las direcciones. Pero, comprender termina siendo siempre comprenderse. La estructura general de esa forma de abordaje alcanza su concreción en el abordaje histórico, en la medida en que allí se operativizan las vinculaciones concretas de costumbres y tradiciones y las correspondientes posibilidades de su futuro. Pero comprender significa también y siempre estar expuesto a errores y a anticipaciones de juicios. La comprensión sólo alcanza su verdadera posibilidad cuando las opiniones previas con las cuales se inicia una relación no son arbitrarias. Existe realmente una polaridad entre familiaridad y extrañeza y en ella se basa la tarea de la hermenéutica, buscando aclarar las condiciones bajo las cuales surge el habla. (de Souza Minayo, 2007, pág. 210).

Además, para la clasificación de datos se utiliza las dos categorías del análisis anteriormente descritas el abordaje interdisciplinario y el abordaje intersectorial.

Para relevar la implementación de los abordajes interdisciplinarios y los abordajes intersectoriales en el C.A.P.S N° 1, se crean una serie de indicadores conformados por datos descriptos en las tablas.

Tabla 3: Categoría de Análisis: Abordaje Interdisciplinario.

Indicadores	Datos
Equipo multidisciplinar	Conformación disciplinar del equipo profesional
Problemas de salud prioritarios	Problemas de Salud más comunes que se presentan en el C.A.P.S. N°1. Modo para de determinar los problemas de salud prioritarios. Programas específicos para abordar los problemas de salud prioritarios.
Abordaje multidisciplinar	Trabajo en conjunto entre profesionales de distintas disciplinas. Especialidades que trabajan en conjunto. Problemas que se abordan en conjunto.
Producción de conocimiento	Trabajos de investigación en referencia a los problemas complejos de salud. Característica y tipo de la producción de conocimiento.
Clima de Trabajo	Características del Clima de trabajo.
Equipo de trabajo	Características del equipo de trabajo
Dispositivos de formulación de problemas complejos	Participantes de la reunión de equipo. Temas abordados en las reuniones de equipo.

(Fuente: Elaboración Propia.)

Tabla 4: Categoría de Análisis: Abordaje Intersectorial.

Indicadores	Datos
Problemas sociales prioritarios	Problemas sociales que se presentan en el área programática.
Trabajo intersectorial	Implementación de programas intersectoriales en el C.A.P.S.N°1. Problemas sociales que abordan.
Recursos humanos destinado a programas intersectoriales	Cantidad de profesionales destinados a programas intersectoriales. Tiempo de los profesionales destinados a programas intersectoriales..
Trabajo con Instituciones barriales	Cantidad de profesionales destinados a este tipo de programas. Tiempo de los profesionales destinados a este tipo de programas.

(Fuente: Elaboración Propia.)

Para el análisis de datos del presente trabajo cualitativo, se utiliza el análisis hermenéutico-dialéctico, De Souza Minayo (2007) menciona que la hermenéutica realiza la comprensión de los textos, de los hechos históricos, de la cotidianidad y de la realidad. Las limitaciones en su alcance son compensadas por las propuestas del método dialéctico.

La dialéctica, en cambio, al sostener el disenso, el cambio y los macroprocesos, es beneficiada por el movimiento hermenéutico que pone el acento en el acuerdo y la importancia en lo cotidiano.

“De esta forma, la hermenéutica y la dialéctica se presentan como momentos necesarios en la producción de racionalidad con relación a los



procesos sociales y, por consiguiente, con relación a los procesos de salud y enfermedad". (de Souza Minayo, 2007).

Capítulo II.

Aspectos Facilitadores del Modelo de Atención y del Modelo de Gestión

Descripción General del C.A.P.S. N° 1

El C.A.P.S. N° 1 depende orgánicamente de la Dirección de Atención Primaria de Salud Zona Sur, quien a su vez tiene a cargo los nueve C.A.P.S y las dos postas sanitarias de la Ciudad de Ushuaia, además un Departamento de Enfermería y una División de Gestión de la Atención.

Al mismo tiempo esta Dirección tiene su dependencia en la Dirección General de Atención Primaria de Salud Zona Sur, de la Subsecretaría de Gestión Asistencial Zona Sur y la Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales dependientes del Ministerio de Salud de Provincia de Tierra del Fuego.

Actualmente cada uno de estos C.A.P.S cubre un área programática de alrededor de 8000 personas, con más de 10000 prestaciones mensuales, siendo enfermería la especialidad con mayor demanda de prestación.

Los nombres de los C.A.P.S contienen un número que hace referencia a su aparición en el tiempo, siendo el C.A.P.S, N° 1 el primero en la ciudad en ser construido e inaugurado, fue a fines del 1.982 y principios del 1.983, (según relatos de antiguos vecinos).

Se encuentra ubicado en la región centro-norte de la ciudad, en la calle Juan Facundo Quiroga 2633, su área programática comprende parte de la sección E y toda la Sección F según el plano catastral de Ushuaia.

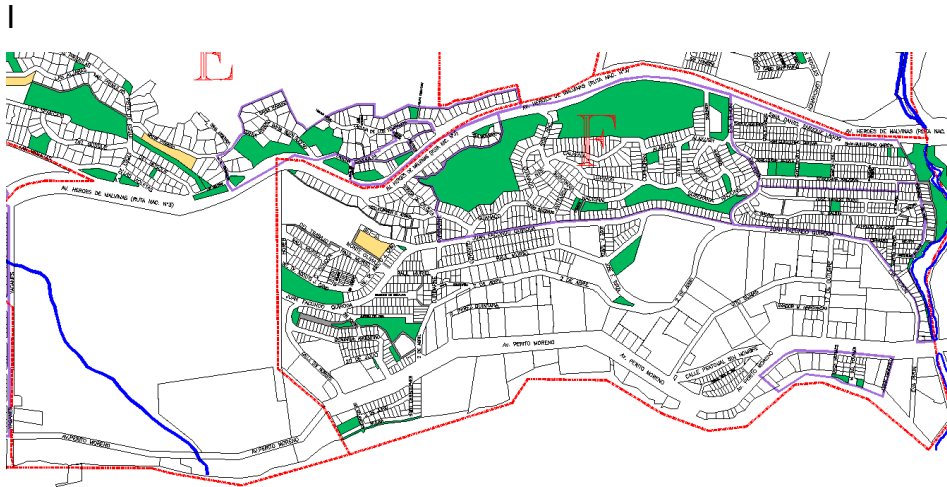


Imagen 1: Mapa catastral. Municipalidad de Ushuaia.

Ediliciamente este C.A.P.S fue reconstruido y reformado en diferentes gestiones de los gobiernos provinciales.

Su fachada con techo a dos aguas, posee la apariencia típica de las casas antiguas de Ushuaia.



Imagen 2: Fachada exterior del C.A.P.S N°1

Actualmente está construido en forma rectangular. En su interior, el centro de ese rectángulo, se encuentra una amplia sala de espera, que por momentos es usado como S.U.M.



Imagen 3: Sala espera y S.U.M

En uno de sus laterales existen ventanales y puertas que dan a un patio interno y los baños de hombres y mujeres para uso del público.

En otro lateral, se ubica la recepción, donde desarrollan su labor diaria las administrativas, de lado la puerta de entrada general y también una de las salidas de emergencias.

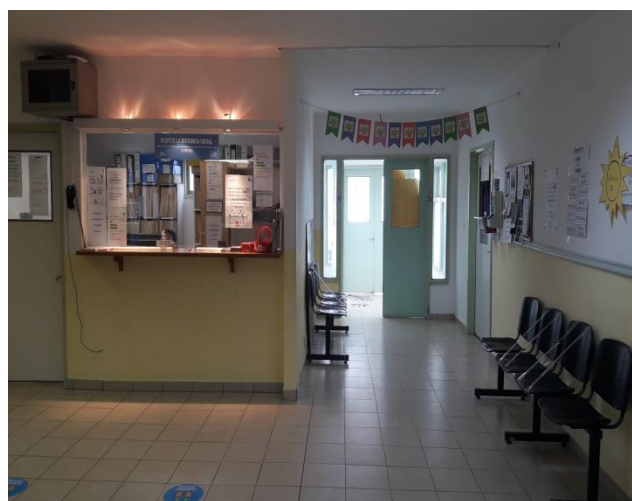


Imagen 4: Área administrativa y puerta de ingreso

En el tercer lateral, un consultorio destinado exclusivamente al “Programa Sumar” (entrega de medicación y métodos anticonceptivos), un consultorio que pertenece a los agentes sanitarios y un consultorio de enfermería. Por último, en el cuarto lateral hay un consultorio de pediatría, uno de ginecología y uno de medicina general.



Imagen 5: Consultorio tipo del C.A.P.S. N°1

Además, el C.A.P.S, posee un pasillo interno con otra ala, donde se ubica la cocina, lugar de reunión de todo personal, un consultorio usado por el área de salud mental, una sala de limpieza-lavandería y el baño de uso interno del personal del C.A.P.S.



Imagen 6: Cocina y lugar de reunión del equipo.



Imagen 7: Ala interior del edificio.

Existen en total siete consultorios, que son compartidos por los profesionales dependiendo de la necesidad de espacio en los turnos de trabajo (excepto el que es destinado para enfermería), cada uno de ellos cuenta con un escritorio, sillas y computadoras. En un par de ellos, se suma el instrumental específico para las especialidades médicas.

Ley Nacional de Salud Mental

Como se ha desarrollado en el marco teórico, las autoras Stolkiner y Solitario (2007) plantean que la articulación entre la A.P.S integral, como estrategia

reordenadora del sistema de salud en un enfoque universalista y la incorporación de la salud mental en A.P.S., permitirán la inclusión de prácticas de salud mental en las intervenciones generales de salud, brindando la dimensión subjetiva (humanizante) que muchas veces eluden los modelos clásicos de atención.

Para tal fin, a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 y de su reglamentación en 2013, tanto el Gobierno Nacional como el Gobierno de la Provincia, se propusieron la divulgación de la Ley en todos los ámbitos de Salud, esto planificado como una de las políticas de salud mental, siendo una estrategia para conseguir una adecuada implementación de la nueva Ley.

A diez años de esta estrategia política, se selecciona como un primer aspecto para analizar la implementación de la Ley en el C.A.P.S. N°1, el conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental por parte de los profesionales.

- Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental

-Conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental.

Del análisis de este primer aspecto, surge a partir de las diez entrevistas que:

Cuatro profesionales **No** conocen la Ley Nacional de Salud Mental.

Dos mencionaron conocer poco la Ley Nacional de Salud Mental.

Finalmente, cuatro afirmaron conocer la Ley.

-Aportes de la Ley Nacional de Salud Mental.

A su vez, sobre los posibles aportes de la Ley Nacional de Salud Mental en la tarea diaria, respondieron cuatro de los profesionales.

Entrevista 1. “El trabajo interdisciplinario, romper con la hegemonía médica y valoración de la decisión del paciente”.

Entrevista 5. “Que es garantista de los derechos humanos”.

Entrevista 7. “Que brinda aspectos de individualidad de las personas y poder de decisión”.

Entrevista 9. “La desmanicomialización”.

Con respecto a los demás profesionales entrevistados que tienen conocimiento de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental, no logran destacar aportes.

Aspectos del Modelo de Atención

En párrafos anteriores del trabajo, utilizamos para definir el Modelo de Atención, los conceptos mencionados por Bonazzola Pablo (1999) , este autor describe cinco características que se debe tener en cuenta:

1-Una población definida en un espacio geográfico e institucional determinado:

El área programática del C.A.P.S N° 1, actualmente se encuentra conformada por los barrios, La Colina, Bosque del Faldeo, Kaiken, Y.P.F, Canal de Beagle, La Costa, Bahía, Mirador de Beagle, San Vicente, La Cantera, Los Morros, La Oca, Los Maestros, 11 de noviembre, Soberanía Nacional, Cañadón y Cañadón del Parque.

Estos barrios en su mayoría son algunos de los más antiguos de la ciudad, la población está compuesta por familias establecidas hace décadas en la ciudad y muchos de ellos son trabajadores estatales o fabriles.

La determinación del área programática ha sufrido cambios en el tiempo, algunos por la propia dinámica de una ciudad joven en constante crecimiento poblacional, otros debido a la inauguración de nuevos C.A.P.S, como así también por las diferentes reestructuraciones programáticas que se dieron en las distintas gestiones del Ministerio de Salud provincial.

2-Un programa prestacional de acceso universal y equitativo

El C.A.P.S N°1 en la actualidad no cuenta con un programa prestacional formal y escrito. La cobertura de salud es universal, y se atiende a persona de todas las edades.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 20 horas y dos sábados al mes de 8 a 16 horas.

Existen tres turnos de enfermería que cubren la totalidad de la franja horaria. Las restantes especialidades se distribuyen en dos turnos, uno por la mañana y otro por la tarde, con el objetivo de brindar mayor oferta de atención y también por la disponibilidad de los consultorios.

La atención se realiza por demanda espontánea en el área enfermería y por turnos programados en las otras especialidades. La misma es de manera individual y organizada según la particularidad de cada especialidad profesional. La persona que concurre debe solicitar un turno para su atención y es solicitado según su malestar o síntoma.

A partir de este año, se sumó como oferta de atención, un grupo terapéutico los días sábados, este se realiza en la sala de espera del C.A.P.S N° 1.

3-Un sistema de servicios organizados por redes y niveles.

El C.A.P.S N° 1 pertenece al primer nivel de atención, en referencia y contrareferencia con el Hospital Regional Ushuaia, el cual se enmarca en el segundo nivel de atención de la Ciudad.

Las derivaciones entre los profesionales del C.A.P.S N° 1, se realiza de manera informal, generalmente se reúnen los profesionales involucrados para discutir del caso, no existe actualmente un protocolo de derivación, tampoco un tiempo institucionalizado o dispositivo específico destinado a tal cuestión.

La práctica de intervención conjunta a un paciente en el C.A.P.S N° 1, se da según consideración del criterio y evaluación del profesional, que detecta un problema complejo en la atención individual y requiere del saber de otra especialidad. La atención profesional conjunta, habitualmente se produce cuando los profesionales comparten la misma franja horaria. Esta falta de burocratización en este tipo de prácticas, posibilitan que, en lo cotidiano, sea habitual tanto las derivaciones entre profesionales, como así también la atención de un paciente por más de un profesional en conjunto.

4-Un marco normativo y una autoridad de aplicación.

El C.A.P.S N°1 se rige bajo las normativas que propone el Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, y depende orgánicamente de la Dirección de Atención Primaria de Salud Zona Sur.

Los principios rectores que organizan el primer nivel de atención en Ushuaia, son los propuestos para A.P.S por la O.P.S.

5-Un sistema de evaluación.

No existe actualmente en el C.A.P.S. N° 1 la implementación de un sistema o programa permanente de evaluación de las intervenciones, ni de la atención cotidiana.

Si existe desde el Ministerio de Salud de la Provincia, un programa informático en red con los C.A.P.S y el Hospital Regional de Ushuaia, que contiene 24 solapas con diferentes funciones y alcances, según especialidad y permisos definidos por cargos jerárquicos.

En lo que respecta a la atención diaria, cada profesional tiene una clave y número de usuario único y personal, que le permite acceder a su agenda diaria de turnos, donde se describe días y horarios, con un listado de pacientes, con nombre, apellido y D.N.I y desde allí se puede acceder a la Historia Clínica digital.

La Historia clínica digital cuenta con 4 solapas que son:

1-Antecedentes: En esta primera parte figuran todos los datos filiatorios y personales del paciente, la anamnesis con la descripción ordenada por fecha de cada una de las intervenciones que recibió en el sistema de salud pública.

2-Consultas: Aquí cada profesional que interviene con el paciente, debe completar la atención individual, con la descripción subjetiva de los síntomas, diagnostico presuntivo y tratamiento indicado.

3-Estudios: En esta solapa es donde quedan registrados los estudios médicos.

4-Internación: En esta última parte es donde queda asentado las internaciones del paciente en el hospital público.

El programa informático no consta de un apartado que brinde la posibilidad de describir y asentar la atención en conjunto de profesionales, ni la atención grupal de pacientes, ni las posibles intervenciones intersectoriales o comunitarias.

Aspectos de Modelo de Gestión

Para Tobar (2000) el modelo de gestión, “es el que define las prioridades del sistema, son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción”.

En la ciudad de Ushuaia, La Dirección de Atención Primaria de Salud Zona Sur, en el comienzo de esta nueva gestión de Gobierno Provincial (diciembre 2019), realizó las siguientes propuestas de trabajo para los equipos del Sistema de A.P.S:

- La Atención Primaria de Salud ejercida como estrategia, cuyo rol sea de puerta de entrada a un sistema de salud de calidad, que garantice inclusión, equidad, accesibilidad, resolución, calidad e integralidad en su oferta, con acciones que se centren en el individuo, como sujetos de derechos, y no meramente desde el plano asistencial.
- Diseñar atención por niveles, no solo otorga coherencia a la respuesta, sino que aporta racionalidad en la implementación de recursos. Así mismo, define la necesidad de articulación entre niveles, con una lógica centrada en la resolución de problemas.
- La conformación de equipos interdisciplinarios, con presencia y capacidad de resolución en terreno, dispuestos a la construcción de vínculos de reciprocidad con los ciudadanos, consensuando y ajustado a las particularidades del individuo y así mismo, fomente su autonomía.



- Planificar la asignación de recursos de manera que resulte accesible, atendiendo a características tales como geografía, transporte, densidad y estructura poblacional de la Ciudad de Ushuaia.
- Retomar el diálogo con la comunidad y las instituciones territoriales.

Para coordinar la implementación de estas políticas y acciones generales respecto a A.P.S en la Ciudad, semanalmente se realizan reuniones de los referentes de todos los C.A.P.S con las autoridades ministeriales que tienen a su cargo el sistema de atención primaria de la Ciudad de Ushuaia.

Por otro lado, el equipo de gestión se propuso realizar acciones concretas para los primeros 100 días de gestión, y una de ellas se encontraba relacionada directamente con el área de Salud Mental.

Dada la prevalencia en nuestra población de sujetos con crisis subjetivas y padecimientos psíquicos, resulta oportuno incorporar a la Dirección Atención Primaria de Salud a los psicólogos que hoy dependen de la Dirección de Salud Mental y ejercen sus tareas en el primer nivel de atención. (Acción concretada el día 13 de febrero de 2020, según Resolución Ministerial 000212/20).

- Dicha propuesta obedece a la necesidad de paliar la situación de la triple fragmentación actual en donde el sujeto padeciente es abordado por profesionales, del Servicio de Salud Mental, de la Dirección de Salud Mental y en el contexto de atención primaria. De esta otra manera se podría gestar dispositivos clínicos de atención que cuenten con su especificidad, sumado a las prácticas de cuidado de todos los integrantes del equipo en cuestión.
- Asimismo, se hace necesario redefinir los niveles de atención, injerencia y mecanismo de articulación de los diferentes servicios que cuentan con asistencia en el área de salud mental, consumo y rehabilitación.

(Fuente: Entrevista con el Director de Atención Primaria de Salud Zona Sur.).

Resolución Ministerial 000212/20

La presente Resolución Ministerial es el Instrumento legal por el cual se reubican a diez psicólogos y dos psiquiatras que dependían de la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones a prestar servicios a la Dirección de Atención Primaria Zona Sur.

En el cuerpo de dicho documento (ver anexo 3), no quedan reflejados ni los motivos, ni los objetivos, que oportunamente se detallan en la propuesta política de gestión presentada por el Director para los primeros cien días.

Más allá de esto, en lo concreto, este acto administrativo implicó que cada uno de los C.A.P.S de la ciudad de Ushuaia, cuente actualmente con al menos un psicólogo en sus equipos multidisciplinares y rotativamente con dos psiquiatras para el nivel primario de atención.

Se detallará en el presente trabajo, la presente acción, como uno de los hitos históricos de la Provincia, siendo un progreso en la profundización de la Inclusión de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (Capítulo IV).

Centro de Atención Primaria de Salud N°1:

Actualmente el C.A.P.S. N°1, no posee un programa de gestión, tampoco se implementa una guía de trabajo que contenga los problemas complejos prioritarios de salud, y que sirvan como punto de partida para la organización y la distribución de los recursos para la atención.

No se cuenta con un programa institucionalizado que contenga la misión y función, los objetivos generales y específicos, y que encuadre el accionar general, que defina las metas a cumplir y permita la evaluación permanente de la atención.

Por otra parte, no tiene el C.A.P.S. N°1, ni la Dirección de Epidemiología, una relación instaurada de trabajo, por ende, se desconocen los datos estadísticos, y no hay retroalimentación de la información que se produce diariamente a través del programa informático descrito con anterioridad.

La referente o Jefa del Centro de Salud, desde el comienzo de la gestión, es una mujer, cuya profesión es la psicología.

Según lo expresado por ella, el objetivo general del C.A.P.S N° 1, es el acceso a la salud como primer nivel de atención y la franja etaria de atención va desde los 0 a 99 años.

Manifiesta que los problemas de salud más comunes, que se reciben son las enfermedades crónicas DBT HTA en población adulta.

Quincenalmente se realiza una reunión de equipo, de la cual participan todos los integrantes del C.A.P.S N° 1. Según lo observado en el Libro de Actas de Reunión de Equipo (ver anexo 4), se trabaja sobre temas variados, como la organización de la atención, temas conflictivos entre el personal, temas de la actualidad, directivas ministeriales, entre otros.

Por otro lado, quincenalmente se realizan reuniones entre los profesionales de salud mental y mensualmente entre los profesionales de salud mental de la red pública, el primer y segundo nivel, la Dirección de Salud Mental, Centro Especializado en Adicciones y Centro de Día.

En el trabajo cotidiano se implementan planes y programas nacionales y provinciales que en su mayoría, tienen como objetivos generales, la prevención de algunas enfermedades crónicas, entrega gratuita de algunos medicamentos, vacunación a niños y niñas de todo el cronograma obligatorio, entrega de diferentes métodos anticonceptivos y la entrega de vitamina D.

Además, se lleva adelante anualmente, desde hace muchos años, un programa que implica por esencia el abordaje intersectorial, “**El Programa Nacional de Salud Escolar**”.

Que tiene como misión, desarrollar y fortalecer políticas integradas de cuidado entre Salud y Educación, dar respuesta activa a las necesidades de atención de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar, dando impulso a acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, fortaleciendo la articulación entre los Ministerios de Salud y Educación.

Son destinatarios del Programa los niños, niñas y adolescentes del nivel primario de la Escuela Provincial N° 15, que se encuentra dentro del área programática.

Se desempeñan los siguientes profesionales, las dos médicas pediatras, la odontopediatra, los dos agentes sanitarios, las tres enfermeras y las tres administrativas del C.A.P.S.

Los desarrollado en los párrafos precedentes, son los aspectos identificados del modelo de atención y del modelo de gestión que podrían influir en el proceso que implica la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia.

Capítulo III.

Abordajes Interdisciplinarios y Abordajes Intersectoriales

“Como es fácil deducir, la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que crean amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿No es eso la salud?”

(Ferrandini, 2011, pág. 4).

Implementación de Abordajes Interdisciplinarios

“La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca”
(Stolkiner & Solitario, 2007).

A continuación, se desarrollarán los indicadores utilizados para relevar la implementación de abordajes interdisciplinarios en el C.A.P.S N°1 a saber:

- **Equipo de trabajo multidisciplinar:**

El C.A.P.S. N° 1 cuenta con un equipo de trabajo compuesto por profesionales de distintas disciplinas y saberes, conformado de la siguiente manera;

1 médico de adultos.

1 médico generalista.

2 médicos pediatras

1 odontólogo pediatra (recurso que rota por los Centros de Salud),

2 psicólogos,

1 nutricionista,

1 trabajadora social,
3 enfermeros (uno por turno),
2 agentes sanitarios.

Además, el equipo amplio se compone por personal que realiza tareas administrativas y de maestranza:

3 administrativos, 1 administrativo específico para el programa remediar,
2 personales de limpieza de planta permanente y 2 personales rotativos contratados a través de una empresa.

- **Problemas de salud prioritarios:**

-Problemas de salud prioritarios para el C.A.P.S. N° 1

Los profesionales del C.A.P.S N° 1 determinan como problemas prioritarios de salud:

En primer lugar, la hipertensión que se mencionó seis veces en las entrevistas suministradas.

En segundo lugar, la diabetes destacada en dos entrevistas.

Luego aparecen otros problemas como la obesidad, el embarazo adolescente, problemas respiratorios, falta de límites, ansiedad.

Por ejemplo:

Entrevista 1. “De salud en general tenemos los problemas de hipertensión y diabetes que tienen que ver con las enfermedades crónicas”.

Entrevista 2. “Desde mi punto de vista en el trabajo, son las enfermedades prevalentes relacionados a los hábitos de vida, el de la alimentación sobretodo, que tiene enfermedades que son muy comunes la diabetes, la hipertensión, el sobrepeso y trastorno metabólicos en general”.

Entrevista 8. “Problemas de salud la hipertensión”.

-Modo para identificar los problemas prioritarios.

No hubo ninguna respuesta que pueda dar cuenta del modo que se identifican los problemas prioritarios del C.A.P.S N° 1, los profesionales no registran dispositivos grupales o programas implementados para tal fin.

Algunas de las respuestas brindadas fueron:

Entrevista 2. “A nivel ministerial quizás haya, digamos formalmente realizan estadísticas y pueden cuantificar problemas que yo veo y observo digamos, pero no tengo un número o una comprobación. Calculo que a nivel ministerial se realiza un trabajo estadístico”.

Entrevista 7. “De los pacientes, de veinte que atendemos, un promedio unos ocho son de presión arterial.”

Entrevista 9. “La verdad que no hay un programa que lo determine, pero la experiencia, el hábito del médico y el ojo clínico del pediatra te lo va marcando, hace diez años atrás era impensado estar hablando de esto”.

-Programas específicos que aborden los problemas prioritarios

Cuatro profesionales del C.A.P.S N° 1 conocen la implementación de programas que abordan los problemas detallados.

El objetivo de estos programas es la prevención de enfermedades crónicas. Solo dos de los profesionales entrevistados manifestaron estar trabajando articuladamente con sus referentes.

Entrevista 1. “Si existen, está el programa de enfermedades crónicas, el programa de salud escolar, enfermería también tiene más programas, campañas a lo largo de año, campaña de vacunación, campaña vitamina D, campaña de entrega de la leche materna, Remediar. Esos son programas del ministerio que se bajan a los Centros de Salud y se llevan a cabo por el equipo o por enfermería”.

Entrevista 2. “Si si, existen programas y existen direcciones digamos, ministerio de salud está organizado en secretarías y hay gente responsable de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infectológicas para hacer un abordaje más específico.....el ministerio nos baja la línea...”

Entrevista 6. “Si si existe.....programas de anticoncepción”.

- **Abordaje multidisciplinar:**

-Trabajo en Conjunto

Todos los entrevistados manifiestan trabajar en conjunto con otros profesionales del C.A.P.S. N° 1.

Entrevista 2. “Si”.

Entrevista 4. “Si con todos”.

Entrevista 6. “Si si.. Claro con todos”.

Entrevista 10. “Si con todos los compañeros”

-Especialidades que trabajan en conjunto.

De la totalidad de las respuestas no se identifican esquemas repetitivos de especialidades que trabajen en conjunto.

Se observa predisposición y flexibilidad en todos los profesionales para el trabajo con el otro, que aparece marcado en la extensión de las respuestas y los ejemplos que van surgiendo.

Entrevista 1. “Con el área social, con los agentes sanitarios, en menor medida con el médico clínico, el pediatra, pero por la disciplina, se trata de hacer un trabajo en equipo”.

Entrevista 2. “Con salud mental tenemos experiencia con casos puntuales, derivan y derivo pacientes, hay como un ida y vuelta.....soy el único médico a la tarde, otras especialidades no hay en este centro de salud con lo cual yo hago derivaciones al hospital, pero dentro del primer, con odontología no hay tanta conexión...y con enfermería tanto me derivan pacientes como yo a ellas, para hacer el trabajo que cada uno hace y con la asistente social que está hace poco tiempo, también hay un trabajo en conjunto que se fue dando con el correr de los días, si una planificación”.

Entrevista 4. “Con enfermería y médico clínico o generalista”.

Entrevista 10. “Trabajo mucho con el equipo de odontología”.

-Problemas que se abordan en conjunto.

Al igual que el ítem anterior, el grupo de profesionales no generaliza sobre un tema o problema de salud que se aborde en conjunto.

La elección de que problemas trabajar con otros, estaría basada

fundamentalmente en las situaciones problemáticas que los atraviesan individualmente en el trabajo cotidiano.

Entrevista 1. “La demanda, los problemas sociales, el trabajo domiciliario.”

Entrevista 4. “En la parte de enfermería control de vacuna obviamente, y después medica clínica, ahí se trabaja enfocado en el paciente, diabetes hipertensión, como ayudar al paciente.”

Entrevista 5. “Cuestiones de salud, la obesidad, hábitos alimentarios, abandono personal”.

Entrevista 7. “Tema de anticonceptivos”.

- **Producción de conocimiento:**

Ninguno de los profesionales actualmente se encuentra inmerso en un proceso de producción de conocimiento en referencia a las problemáticas del Centro de Salud, solo tres están cursando diferentes postgrados y cursos enmarcados en problemáticas generales de Salud.

- **Clima de trabajo**

En cada una de las entrevistas, se describe como bueno o muy el buen clima de trabajo en el C.A.P.S. N° 1.

Para ilustrar, por ejemplo:

Entrevista 1. “En este momento es un buen clima de trabajo, pero tiene que ver con la época”.

Entrevista 2. “Bueno, muy bueno, agradable...diría un clima fraternal....”

Entrevista 6. “Nosotros bastante bien”.

Entrevista 7. “El clima para mí, como una familia, hace quince años que estoy acá y lo elijo, me cruzo toda la ciudad para venir a este centro, elijo al grupo, hace muchos años que nos conocemos, agradable”.

Entrevista 10. “Bastante bueno”.

- **Percepción del equipo de trabajo:**

Por otra parte, la percepción de los profesionales del equipo de trabajo del C.A.P.S. N° 1 es muy positiva.

Las características de consolidación, de tiempo transcurrido y conformación son las cualidades que aparecieron para definirlo.

Las respuestas que mejor lo ilustran:

Entrevista 1. “En este lugar hay un equipo conformado, que eso es importante y la recepción de las nuevas incorporaciones han sido muy buenas, eso habla de que hay un equipo conformado”.

Entrevista 6. “Tenemos un equipo consolidado, ya que venimos trabajando de años, nos conocemos de años y por más que hayan cambiado por ahí algunos agentes se ha continuado de la misma manera. En mi sentido, es que es un grupo muy humano y eso lleva a tener esa afinidad en común, de agarrar y decir nos preocupamos por tal persona o hoy no vino fulanito, hay que ir a buscarlo, se va a buscarlo, se trata de llevar una solución a la persona en lo posible y bueno, después los existos nos llevamos todos, eso es un equipo de salud”.

Entrevista 10. “Un equipo que con los años se fue consolidando, un buen equipo de trabajo.

- **Reunión de equipo:**

En el C.A.P.S N° 1 no se determinan de forma participativa e interdisciplinariamente los problemas complejos de salud, por esta razón las intervenciones de salud no se conciben bajo esta modalidad.

En consecuencia, no se planifica un tiempo institucional y los profesionales no disponen de un espacio para tal fin.

El dispositivo usado en el C.A.P.S, es el de la reunión de equipo, que se realiza periódicamente y participa todo el equipo profesional, el personal administrativo y de maestranza.

Estos encuentros, se emplean para discutir los conflictos grupales, además se plantean temas de organización institucional y el comunicado de directivas ministeriales en cuanto a la tarea.

Estas respuestas son prueba de ello:

Entrevista 1. “En general, la idea es trabajar en otras cosas, en este momento lo que surge, lo que baja de la Dirección de A.P.S, de acuerdos nuevos que hay que ir haciendo”.

Entrevista 3. “Se organizan las actividades del año, en algunos casos concretos, problemas que surgen entre compañeros”.

Entrevistas 7. “Se habla de proyectos, malestares entre los compañeros, son sectores que siempre tienen malestar, pero intentamos hablar para ver si se puede mejorar las cosas, los proyectos que encaramos si podemos mejorar o aumentar más proyectos.”

Implementación de Abordajes Intersectoriales

Entonces la noción de la intersectorialidad, desde la perspectiva que se detalla, remite a la integración de diversos sectores, con vistas a la solución de problemas sociales complejos, cuya característica fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales. (Cunill, 2014, pág. 17)

Partiendo de la definición se describirán los indicadores elegidos para relevar la implementación de abordajes intersectoriales en el C.A.P.S N° 1 a saber:

- Problemas sociales
- Problemas sociales del área programática

Para determinar los problemas sociales prioritarios que se presentan en el área programática del C.A.P.S. N° 1, al igual que sucede con los problemas complejos de salud, no se encuentra institucionalizado un espacio participativo, tampoco un sistema o programa formal implementado con bases estadísticas.

Asimismo, no se gestionan mesas de trabajo con otras instituciones del barrio, o reuniones programáticas para abordar problemas complejos.

Los profesionales del C.A.P.S. N° 1 perciben diversas conflictivas sociales que padece la población del área programática, explayándose en las respuestas, con explicaciones pertinentes que surgen de las observaciones diarias.

Es de destacar en este punto que se observa una gran concordancia entre las apreciaciones vertidas por los profesionales en relación a los problemas sociales complejos.

Por esto, para un ordenamiento conceptual se agruparán los problemas sociales en conjuntos de conflictivas similares.

El primer tema que aparece de manera recurrente en las entrevistas, es problema de la **falta de trabajo o problemas económicos**.

Por ejemplo, en esta entrevista se describe así.

Entrevista 8. “Falta de trabajo, vinieron muchos a pedir leche el mes pasado, un papá con nene de cinco años, me mostró la libreta de vacunación y me pidió leche, y así vinieron muchos”.

El segundo tema más mencionado en las entrevistas es la **violencia familiar**, que lo identifican como un problema prioritario en cuatro ocasiones, en una de ellas como maltrato y problemas intrafamiliares.

En estas dos entrevistas es el primer tema elegido.

Entrevista 1.” Violencia familiar, desocupación y desarraigo”.

Entrevista 3. “Al principio veía mucha violencia familiar”.

El tercer problema es el **hacinamiento**, nombrado en tres entrevistas, en todas ellas se lo sitúa como consecuencia de los problemas económicos.

Así pues, en dos entrevistas explican el problema de la violencia familiar como consecuencia del hacinamiento,

Un ejemplo de ello.

Entrevista 6. “hacinamiento de la familia, más cuando hay un golpe económico como el cierre de fábricas, hemos vivido en la gestión anterior, cerraron las fábricas estaban constituidos en familias y tuvieron que volver a la casa de los padres o vivir con sus hermanos y eso trae problemas domésticos, violencia familiar”

Por último, en tres entrevistas los profesionales expresan que los problemas **de acceso a la salud** y en otra la falta de **cobertura social** son los más complejos.

Entrevista 5. “El acceso a los servicios, los servicios esenciales, el de la salud también, gente que llega y no tiene algún tipo de cobertura”.

Entrevista 7.” Puede ser económicos, retiran la leche, casos sociales, pocas obras sociales, trabajamos con mucho Sumar, comparados con otros Centros Salud, en este se trabaja con mucho Sumar, poca gente con obra social”.

Entrevista 10. “El problema que veo es la dificultad del acceso al sistema de salud, por falta de cobertura”

Merece la pena subrayarse que los profesionales en este punto, identifican y revelan claramente en su discurso la relación intrínseca de causa-consecuencia de los problemas sociales

Ello queda demostrado en estos dos ejemplos.

Entrevista 2. “Es un barrio de trabajadores algunos sintieron el freno de la economía, y han tenido más dificultades en ese sentido económico, no extrema, de primera necesidad de alimentación, pero si quizás el hacinamiento, familias numerosas en poco espacio, eso desde mi, te podría mencionar de lo que veo”.

Entrevista 9. “Para mí lo más común es, la no planificación familiar, la poca concientización de la planificación familiar, la falta de vivienda, la falta de

trabajo, creo que es el factor genérico en toda la sociedad, la mayoría carecen de trabajo, ni siquiera medio sueldo, mal pagos o los despidieron viven juntos con los abuelos maternos o paterno.....ahí empiezan los problemas de abusos, hemos visto de manera solapada o soslayada y también maltrato familiar”.

- **Trabajo intersectorial:**

-Implementación de programas intersectoriales en el C.A.P.S N° 1.

Los profesionales desconocen la existencia de programas que tengan como objetivo el abordaje de los problemas que marcaron como prioritarios.

Solo una de los entrevistados relata trabajo en conjunto con otras instituciones como posibles trabajos intersectoriales.

Entrevista 1. “No se trabaja en forma de equipo, pero si, si hay un problema de violencia con el programa de violencia de provincia, con los que le falta trabajo con el programa P.E.L (Plan de Entrenamiento Laboral), hay un trabajo del Trabajador Social muy importante, se trata de articular o coordinar con el área específica de ese tema”.

-Problemas sociales que abordan.

En la misma entrevista se adjetiva el abordaje que realiza.

Entrevista 1. “En la Escuela, en el Colegio Secundario y en el Jardín del barrio, en la Escuela “El Programa Salud Escolar”, campaña escolar y demandas, digamos. En el Programa Asesoría Adolescentes con el Colegio Sábado, escuela secundaria, es la presencia del C.A.P.S que vehiculiza las demandas y con el Centro Infantil de acá en frente.”

- **Recurso humano destinado al trabajo intersectorial:**

-Cantidad de profesionales destinado al trabajo intersectorial.

Seis de los entrevistados actualmente se encuentran realizando intervenciones en un Programa de características intersectoriales,

implementado en la Escuela N°15, el Programa Nacional de Salud Escolar (detallado anteriormente en el trabajo).

De los mismos, solo dos en un primer momento, aseguran estar trabajando en un programa intersectorial.

Entrevista 7. “Con la Escuela primaria del barrio, por ahora con eso, con el “Programa Salud Escolar.”

Entrevista 9. “El espíritu de Salud Escolar es presentarse en la escuela, en el ámbito de la escuela y ver como ese niño se desenvuelve en un colegio y ver el ámbito educativo...Ushuaia en eso es características los tenemos controlado, es una población del Centro, chicos que van al Colegio que tenemos a tres cuadras...son los mismos que vienen al C.A.P.S pero ya los conocemos.”

Los cuatro restantes responden afirmativamente, en un segundo momento, luego de que se realiza la pregunta concreta, por el trabajo en el Programa Salud Escolar, no reconociendo el mismo como un trabajo intersectorial.

Por ejemplo.

Entrevista 3. “¿Ese sería intersectorial?, trabajo con la escuela.”

Entrevista 4. “ahh sí, Salud Escolar.”

Entrevista 8. “Estuve participando pocas veces”.

-Tiempo destinado a programas intersectoriales.

No se logra determinar una conclusión unívoca en este punto.

Las respuestas son:

Entrevista 3. “Hay días que se dedican exclusivamente a Salud Escolar. Se hace a principio de año y después de las vacaciones de invierno”.

Entrevista 4. “Dos veces por semana”.

Entrevista 9. “Muy poco, no llega a un tercio de mi tiempo.”

- **Trabajo en conjunto con instituciones del barrio:**

Los profesionales actualmente no se encuentran trabajando en conjunto con alguna institución barrial, solo una de las entrevistadas expresa estar en

contacto con gente que abrirá un comedor y otro con referentes de un Club de fútbol barrial.

También dos de las entrevistadas describieron cierta relación con el Centro Infantil Integrado “Los Enanitos”, que se encuentra ubicado en la misma calle del C.A.P.S. en la vereda de contraria.

Entrevista 6. “Siempre nos participan, hacemos una interacción, ellas vienen atenderse y nosotros vamos con la vitamina de D o con campaña de vacuna, ellos nos invitan si hacen algún evento, es con el único que tenemos una relación más cercana”.

Entrevista 10. “Con el Jardín de en frente, con campaña de vacunación y entrega de Vitamina D, vamos con la parte de enfermería y agentes sanitarios.”

Capítulo IV.

Hitos Históricos de la Inclusión de Salud Mental en A.P.S

Desarrollo de los Hitos Históricos

En el presente capítulo se desarrollará los hitos históricos sobre la inclusión de salud mental en la atención primaria de la salud, en el contexto nacional y provincial específicamente, dando cuenta del proceso transitado.

...Comprender implica la posibilidad de interpretar, de establecer relaciones y extraer conclusiones en todas las direcciones. Pero, comprender termina siendo siempre comprenderse. La estructura general de esa forma de abordaje alcanza su concreción en el abordaje histórico, en la medida en que allí se operativizan las vinculaciones concretas de costumbres y tradiciones y las correspondientes posibilidades de su futuro. (de Souza Minayo, 2007, pág. 210)

Año 2003.

Se crea la Dirección de Atención Primaria de Salud Ushuaia, con personal y agentes dependientes del Hospital Regional Ushuaia.

Ese mismo año se contrataba la primera y única psicóloga que se desempeñaba exclusivamente en Atención Primaria.

Año 2008.

Se nombra a la misma psicóloga, jefa de un Centro de Salud, primera jefatura de un C.A.P.S que no pertenece a un profesional médico.

Año 2009.

Comienzan a intervenir en algunos Centros de Salud, en el marco del postgrado de Médicos Comunitarios, psicólogos y psiquiatras, realizando específicamente tareas referidas a ese programa de estudio y práctica.

La Dirección de Atención Primaria de Salud, logra la independencia orgánica y administrativa del Hospital Regional Ushuaia, a partir de aquí comienzan a existir recursos humanos pertenecientes a esta Dirección.

Año 2010.

El Senado de la Nación Argentina, aprobó por unanimidad y promulgó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Por medio de la Resolución Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego (R.M.S N° 000651/10), se crean los Programas Provinciales denominados “Unidades de Atención en Crisis” y “Centro de Encuentros”. Ambos programas dependían técnica y administrativamente de la Dirección de Salud Mental de la Provincia.

Tenían como objetivo general la contención y asistencia de problemas psicosociales que se presentan en la provincia, con ejes del fortalecimiento de Salud Mental, Atención Primaria de la Salud y abordaje comunitario.

Concretamente el Programa “Unidades de Atención en Crisis”, permitió el encuadre para que psicólogos dependientes de la Dirección de Salud Mental, se incorporen a los C.A.P.S de la Ciudad de Ushuaia, en ese momento eran seis, unificando la respuesta de salud mental en el primer nivel de atención.

Año 2012.

Se dictó el curso-Taller “Uso Racional de Psicofármacos”. Dictado por la Dirección de Salud Mental de la Provincia y el Programa Provincial de Uso Racional de Medicamentos. Destinados especialmente a Médicos del primer

nivel, esta capacitación surge por la preocupación que generaba la cantidad de psicofármacos que se recetaban en los servicios públicos de atención en proporción a otros medicamentos.

La Dirección de Salud Mental de la Provincia, diseña e implementa la capacitación “Derechos y Salud Mental”, con el objetivo de formar a todos los agentes de salud en la nueva normativa de salud/salud mental, basada en Derechos.

Año 2013.

Por medio de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación (2177/2013), se aprobó, con la participación de representantes de salud mental de la provincia, el primer Plan Nacional de Salud Mental 2013- 2018, enmarcado en la nueva normativa.

La Dirección de Salud Mental de Nación, organiza en conjunto con la Dirección de Salud Mental de la Provincia, el Primer Foro Regional de Salud Mental y Adicciones de Tierra del Fuego, donde participaron los profesionales del área de Salud Mental que se desempeñaban en la Provincia y los profesionales de las Provincias limítrofes.

Se planifica e implementa la División de Salud Mental Comunitaria, dependiente de la Dirección de Salud Mental de la Provincia, el objetivo primordial era la de fortalecer e integrar a los equipos de salud del primer nivel de atención, se buscaba crear un abordaje interdisciplinar de salud mental con eje en el Territorio.

Se implementa un Proyecto Modelo Comunitario de Salud Mental en los C.A.P.S N° 1 y N° 6.

Los objetivos generales eran:

Fortalecer la red de servicios de Salud Mental con base comunitaria procurando la adecuación de los efectores a las políticas de salud. Implementar proyectos georreferenciales de promoción de salud y prevención de las adicciones, distribuidos según áreas programáticas de los C.A.P.S.

Implementar proyectos georreferenciales para la inclusión social de personas con problemáticas y/o padecimiento mental que residan en las áreas programáticas de los C.A.P.S N°1 y N°6.

Año 2014.

Desde de la Dirección de Salud Mental de la Provincia, se trabaja con todos los servicios de Salud Mental de los diferentes niveles de la Ciudad de Ushuaia, sobre la implementación de la Guía Básica, creada por la Dirección Nacional de Salud Mental. Se denominaba “Criterios y Sugerencias para la adecuación y el Desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental”.

Gestión 2015-2019. .

Se generó el ingreso a planta permanente de la provincia a distintos psicólogos, para sostener la presencia de un psicólogo por cada uno de los nueve Centros de la Salud de la Ciudad.

Fines Año 2019.

Se nombran dos Psicólogas como jefas de C.A.P.S de la Ciudad de Ushuaia.

Principios del Año 2020.

Mediante Resolución S.G.R.A N° 000212/20, se autorizó la reubicación de diez psicólogos y dos psiquiatras de la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones, para prestar servicios en la Dirección de Atención Primaria Zona Sur.

Esto permitió que cada C.A.P.S tenga la asistencia de al menos un psicólogo por, dependientes orgánicamente de la Dirección de Atención Primaria Zona Sur.

Capítulo V.

Resultado Finales del Trabajo

Desarrollo

Para presentar los resultados finales, se parte del Objetivo General del trabajo, el cual es analizar los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia, que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación. Teniendo el mismo como guía se desglosan los objetivos específicos.

Es así que se identifican aspectos facilitadores del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia, que influye en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

-A nivel general, se destaca que la Dirección de Atención Primaria Zona Sur, diseña un programa de gestión en línea con los principios y valores propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental, destacándose de éste dos de los puntos:

1-La Atención Primaria de Salud ejercida como estrategia, cuyo rol sea de puerta de entrada a un sistema de salud de calidad, que garantice inclusión, equidad, accesibilidad, resolución, calidad e integralidad en su oferta, con acciones que se centren en el individuo, como sujetos de derechos, y no meramente desde el plano asistencial.

2-La conformación de equipos interdisciplinarios, con presencia y capacidad de resolución en terreno, dispuestos a la construcción de vínculos de reciprocidad con los ciudadanos, consensuando y ajustado a las particularidades del individuo y así mismo, fomenta su autonomía.

-Otro de los aspectos facilitadores que se identifica, es la acción política concretada por la Dirección de Atención Primaria Zona Sur, el 13 de febrero de 2020.

La inclusión masiva al primer nivel de recurso humano especializado en salud mental, diez psicólogos y dos psiquiatras, que se desempeñaban algunos de ellos en los C.A.P.S, dependiendo de otras Direcciones.

Esta estrategia es concreta con la finalidad de superar la triple fragmentación que se daba anteriormente, en donde el sujeto padeciente era abordado por profesionales, del Servicio de Salud Mental, de la Dirección de Salud Mental y en el contexto de Atención Primaria de la Salud.

De esta otra manera, se podrían gestar dispositivos clínicos de atención que cuenten con su especificidad, sumado a las prácticas de cuidado de todos los integrantes del equipo en cuestión. Asimismo, para redefinir los niveles de atención, injerencia y mecanismo de articulación de los diferentes servicios que cuentan con asistencia en el área de salud mental, consumo y rehabilitación.

-En el instrumento administrativo, Resolución Ministerial 000212/20, del 13 de febrero de 2020, por el cual se concreta la acción política de reubicar a 12 profesionales de la salud mental al primer nivel de atención, no se manifiesta en el cuerpo del documento el objetivo técnico-político perseguido, o sea no queda reflejado el espíritu de lo que se busca.

Esto dificultará en un futuro poder evaluar retrospectivamente la implementación de una política, esto por la ausencia de instrumentos escritos acordes que sirvan como basamento para la evaluación y/o investigación de la gestión.

-En referencia C.A.P.S N° 1 se identifica que tiene a su cargo un área programática delimitada, con una población definida.

Forma parte de un sistema de redes de servicios integradas, siendo un efector del primer nivel atención, su sistema prestacional es universal, se atiende a personas de todas las edades, con o sin obra social.

- Un aspecto facilitador fundamental para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en C.A.P.S N° 1, es la de contar con un amplio equipo multidisciplinar, con profesionales de distintas disciplinas.

- El último aspecto facilitador que se identifica y que conviene subrayar, es el registro y almacenamiento en un programa informatizado de todo el proceso que implica la atención de salud. Este programa se encuentra en conexión con toda la red de servicios, lo que posibilita conocer al instante la historia clínica del paciente.

También se identificaron aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S que podrían ser obstaculizadores de la Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

-Se constató a través de las entrevistas realizadas, que la mitad de los profesionales del C.A.P.S, a diez años de su promulgación no conocen la Ley Nacional de Salud Mental. Además, solo algunos lograron destacar aportes valiosos en el quehacer cotidiano.

-No cuenta el C.A.P.S N° 1 particularmente con el diseño, ni la ejecución de un programa de gestión participativo y con una base en datos estadísticos, donde se prioricen los problemas complejos en salud del área programática. Esta realidad hace que no aún no se haya determinado la misión, función y objetivos del C.A.P.S.

-Tampoco el C.A.P.S posee un programa permanente y participativo de evaluación de las intervenciones de salud que se realizan cotidianamente.

En referencia con el segundo objetivo específico, el de relevar la implementación de abordaje interdisciplinario y el abordaje intersectorial en el C.A.P.S N° 1 de la Ciudad de Ushuaia.

Considerando los indicadores diseñados para tal fin, se podría relevar con relación al abordaje interdisciplinario que:

-En el C.A.P.S. N° 1 se cuenta con un amplio equipo multidisciplinar. Un indicador necesario para que se dé el abordaje interdisciplinar.

-Los profesionales coinciden en identificar algunos problemas de salud como prioritarios que se presentan en el C.A.P.S. N° 1, diabetes, hipertensión, obesidad entre los más nombrados.

En este ítem se denota la ausencia de un dispositivo grupal y participativo para la determinación de problemas complejos en salud, tampoco se cuenta con datos estadísticos que sustente estas afirmaciones, que tienen más que ver con apreciaciones personales basadas en prejuicios propios de la práctica.

“La yuxtaposición de especialistas (multi- o pluri-) no produce la interdisciplinariedad, que es, insisto, una consecuencia metodológica de concebir ciertas problemáticas desde una perspectiva en particular: la de los sistemas complejos”. (García, 2006).

-Solo unos pocos profesionales sabían de la existencia de programas que tuvieran como objetivos el abordaje de estas patologías, en su mayoría crónicas. Y en menor medida solo algunos de ellos, actualmente trabajan coordinados con los referentes ministeriales de estos programas asistenciales y de prevención.

-Todos los profesionales entrevistados manifestaron trabajar en conjunto con otros, explayándose en ejemplos diarios. Se observa en las respuestas

flexibilidad, predisposición y actitud a realizar intervenciones con otros compañeros del C.A.P.S.

La diversidad de temas que trabajan con otros es amplia y depende de la problemática que a cada uno lo supera en su saber en la atención individual y necesita la ayuda de otros.

-Ninguno de los profesionales se encuentra en un proceso de producción de conocimiento relacionado a las problemáticas que surgen en el C.A.P.S. Algunos de ellos están realizando cursos o postgrados de salud en general.

-De manera unánime los profesionales han marcado el buen clima de trabajo que se vive en el C.A.P.S y el compañerismo del grupo de trabajo, sin negar los conflictos lógicos y esperables que se expresan generalmente en la reunión de equipo.

-Las características del equipo de trabajo son muy positivas según los profesionales, adjetivándolo como un “equipo consolidado”, como un “equipo que se viene conformando hace años”.

-La reunión de equipo es un espacio para la organización de la tarea y de resolución de conflictos laborales. No es un dispositivo para la estructuración interdisciplinaria de los problemas complejos de salud.

Se podría concluir que se evidencian datos que conjugan indicadores del abordaje interdisciplinario, pero que otros importantes no se presentan en el equipo profesional del C.A.P.S N° 1.

Análogamente de los indicadores diseñados para relevar con relación a la implementación de abordajes intersectoriales se concluye que:

-Los profesionales tienen coincidencias al momento de detallar los problemas sociales que se presentan en el área programática.

A manera explicativa se dividen en cuatro grandes grupos de conflictivas sociales, la falta de trabajo, el hacinamiento, la violencia familiar y las barreras en el acceso a la salud.

En el C.A.P.S N°1, de igual modo que ocurre con los problemas complejos de salud, no se ha instituido ningún dispositivo grupal y participativo para la determinación e identificación de los problemas sociales complejos.

Es importante destacar y remarcar la definición de la autora Ferrandini para referirse a los problemas complejos en salud.

“Es necesario acordar la **lista de problemas** que constituyen el análisis de situación de salud de la comunidad con la que trabajamos. Será una lista en permanente cambio, que debemos construir reuniéndonos con la comunidad, analizando con ella la información sanitaria más la información de otros sectores, más las vivencias de los distintos actores de la comunidad y las de los trabajadores de la salud.” (Ferrandini, 2011, pág. 3).

-Solo tres profesionales reconocen la implementación de programas intersectoriales por parte de C.A.P.S N° 1. A su vez, solo dos de ellos dan cuenta de su participación en estos programas.

Frente a la pregunta concreta, sí desarrollan actividades en el Programa Salud Escolar, cuatro profesionales más asumen su participación.

Se destaca el Programa Nacional Salud Escolar, como un posible abordaje intersectorial, ya que varios de los profesionales realizan intervenciones coordinadas con la Escuela Primaria del barrio.

A propósito, conviene distinguir, que por ser un programa de alcance nacional, tiene un objetivo y una población predeterminados que se adaptan a cada territorio.

-De la totalidad de los profesionales entrevistados, seis desarrollan intervenciones referidas a salud en la Escuela Provincial N° 15, incluida en área programática.

Resulta imposible determinar cantidad de tiempo destinado a este programa, ya que los profesionales brindan datos dispares.

-Por último, el C.A.P.S no coordina actividades o intervenciones con instituciones barriales o informales.

Dos de los entrevistados describen algunas actividades en conjunto con el Centro Infantil Integrado “Los Enanitos”, que es una institución del Gobierno Provincial, del Sector del Ministerio de Desarrollo Social.

Para precisar el C.A.P.S N.º 1 no genera, ni forma parte de ningún dispositivo intersectorial que relacione a sectores gubernamentales o instituciones barriales instaladas en el área programática.

Se podría concluir que se identifican escasos indicadores que demuestren la implementación de abordajes intersectoriales en el C.A.P.S.

Capítulo VI.

Propuestas para Profundizar la Inclusión de la Salud Mental en A.P.S

Desarrollo de las Propuestas

Del producto del análisis de los aspectos del modelo de gestión y el modelo de atención del C.A.P.S N° 1, que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y el alcance de los objetivos particulares propuestos para esta investigación.

Se propone las siguientes acciones:

-En primera instancia el diseño e implementación de un programa de formación en Políticas de Salud Mental y de la Ley Nacional de Salud Mental, destinado a los equipos profesionales del primer nivel de la Ciudad de Ushuaia, siendo actualmente un contexto propicio, ya que podría profundizar la decisión política de ingresar masivamente especialista en salud mental a los C.A.P.S, tomada por la Dirección de Atención Primaria Zona Sur.

El objetivo de tal acción, en palabras de las autoridades, es la inclusión e integración de la salud mental en el primer nivel de atención. Por eso sería una buena estrategia la capacitación en temas de Salud Mental.

-Una segunda propuesta, es concebir desde el C.A.P.S N° 1, la elaboración participativa de un programa de gestión anual, a partir de un sistema de detección de los problemas prioritarios de salud, (entendiendo la definición de problemas complejos en salud dada por la autora Ferrandini) que se presentan en el área programática.

El programa de gestión debería incluir definición de la misión y función, tanto como los objetivos y metas buscados por el C.A.P.S N° 1. Tendría que proyectarse siendo parte red de salud y como una institución activa y participante del complejo entramado social.

-De igual modo, es fundamental la adecuación de un sistema permanente para la evaluación de las intervenciones que se realizan en el C.A.P.S.

Para esta propuesta, destacamos que ya se cuenta con una herramienta muy útil y un insumo fundamental, el programa informático que contiene de manera digitalizada todo el proceso de atención de la red pública de salud de la Ciudad de Ushuaia.

-La cuarta propuesta, está íntimamente relacionada con la anterior, es la de ajustar algunos campos y/o agregar otros al sistema informatizado, como por ejemplo.

La atención en conjunto de dos o más profesionales.

La intervención grupal de pacientes.

El trabajo intersectorial, con sectores gubernamentales o barriales.

Las intervenciones comunitarias.

-La quinta propuesta es la posibilidad de generar un dispositivo grupal periódico con la participación de todos los profesionales del C.A.P.S, como por ejemplo reuniones de equipos, ateneos u otros, con la finalidad de definir desde cada especialidad y saber, los problemas complejos que se presentan en la atención.

En ese espacio, lograr expresar la complejidad de las situaciones que se presentan en la atención y desde allí y de esta forma construir un abordaje interdisciplinario concreto y particular para cada situación.

“La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a

éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo”.
(Stolkiner, 1999, pág. 1)

En tal sentido, los resultados de las entrevistas son prometedores, ya que se observa muy buena predisposición de los profesionales al trabajo con otros, se ha destacado unánimemente el buen clima de trabajo que se vivencia y valorado la calidad del trabajo en equipo y al grupo en sí mismo.

-La sexta propuesta es la de repensar un incentivo, con el propósito de que surjan producciones de conocimiento colectivas en relación a los problemas cotidianos del C.A.P.S, por ejemplo, organizar jornadas, donde se presenten y desarrollen los trabajos de investigación con otras instituciones.

Esto daría un salto cualitativo en las intervenciones y el posicionamiento frente a los problemas que se manifiestan en el trabajo diario.

En esta instancia, para visibilizar los resultados obtenidos por el equipo profesional, resulta imprescindible el aporte y apoyo de las autoridades ministeriales y del equipo de gestión.

-La séptima y última propuesta, es la de entender la salud como un derecho y como un derecho social, eje central de la Ley Nacional de Salud Mental y principio fundante de la Atención Primaria de Salud,

“El Dr. Floreal Ferrara, un gran maestro de la salud pública, solía referirse a esa definición: la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear

cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. (Ferrandini, 2011, pág. 2).

Por esto, es imprescindible organizar y coordinar acciones en conjunto con las otras instituciones gubernamentales y barriales que desarrollan su tarea en el área programática y que trabajan con la misma población objetivo que el C.A.P.S.

Capítulo VII.

Conclusiones Generales

Desarrollo de las Conclusiones

Desde los roles que ocupe como agente de salud y como gestor, mi recorrido laboral desde el principio estuvo atravesado por la causa de los derechos humanos y la salud mental, por esto al comenzar el proceso que implica un trabajo final de tesis, tenía en claro que el problema a plantear estaría, de algún modo relacionado con la Ley Nacional de Salud Mental y los efectos que produce en la práctica cotidiana su implementación.

En el Centro de Atención Primaria de Salud, donde desarrollo mi actividad profesional desde comienzo de 2020, encontré un excelente ámbito para canalizar mis preguntas, en cuanto al desarrollo de la Ley Nacional de Salud Mental en la Provincia de Tierra del Fuego, a diez años de su promulgación.

Un primer dato preocupante que surgió en el trabajo, es el alto grado de desconocimiento de los profesionales del C.A.P.S N° 1 de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental y sus implicancias. Es fundamental llegar a conocer si el dato se repite entre todos los profesionales de salud.

El conocimiento por partes de los profesionales de distintas especialidades de la Ley de Salud Mental vigente, es un aspecto trascendental para su verdadera implementación y para diagramar las políticas de salud/ salud mental en la provincia.

A partir del presente trabajo, logré identificar aspectos generales del modelo de gestión propuesto por la Dirección de Atención Primaria de Salud Zona Sur, que favorecerían la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Por fuera de los límites temáticos que abordé, me queda pendiente saber cómo se desarrolla este modelo de gestión en cada uno de C.A.P.S de la ciudad.

Así mismo, identifique algunos de los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S N° 1, que podrían favorecer a la

implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. La inquietud es sí estos mismos aspectos o algunos parecidos los encontraría en los restantes C.A.P.S. de la Ciudad.

En relación a otro tema, considero importante profundizar sobre la necesidad de que todos los C.A.P.S de Ushuaia, posean un programa o proyecto de gestión propio y que se construya participativamente, priorizando el abordaje de las problemáticas de salud que se presentan en cada una de las áreas programática.

A su vez, considero significativa por varias razones la acción política de ingresar masivamente al primer nivel de atención especialista en salud mental. Una de ellas es que se suma una especialidad a los equipos multidisciplinares que ya tienen los C.A.P.S.

Además, nuestro rol como especialista en salud mental, debería ser útil para otorgar la dimensión subjetiva a las prácticas cotidianas en salud.

Por nuestra propia formación deberíamos generar la necesidad de implementar dispositivos colectivos que sirvan para pensar y discutir los abordajes particulares. Estos dispositivos nos darían la posibilidad de identificar los problemas de salud complejos que se presentan en el área programática, y así romper con la hegemonía del discurso médico.

La participación de todo el equipo multidisciplinar del C.A.P.S, para definir los problemas complejos de salud del área programática, es necesario para que se concreten los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, y por ende sea más eficiente la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Existe una escasa participación del C.A.P.S N° 1 en actividades en conjunto y programadas con las demás instituciones que conformen el entretejido social del área programática.

Por esto compartiré un comentario que surgió en una de las entrevistas por parte de un integrante del equipo de salud, que en este contexto dicha expresión queda en el escenario del deseo, pero si se reconstruye los

conceptos de la frase podrían servir para construir un objetivo o meta de un posible programa de gestión.

“Ese es nuestro trabajo llegarnos a la sociedad para abrir la puerta y generar salud, no solo para los enfermos, también para los sanos y preservar esa salud, eso es lo principal de Atención Primaria”.

Para finalizar, concluiré expresando que este trabajo final me permitió analizar los aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión del C.A.P.S, que se repiten en las prácticas clásicas de salud pública, que en estos diez años obstaculizaron el progreso en la implementación de la Ley de Salud Mental.

Asimismo, me permitió identificar que el C.A.P.S posee un área programática y una población objetivo definida con acceso universal, informatización de la historia clínica y sistematización de la atención en salud de toda la red pública.

Como así también, relevar que en el C.A.P.S N° 1 existe un equipo multidisciplinar consolidado como grupo de trabajo, predispuesto al trabajo con otros, y con un buen clima de trabajo.

Estos últimos aspectos, todos son favorecedores para la implementación de abordajes interdisciplinarios y abordajes intersectoriales, y por ende también para la inclusión definitiva de salud mental en las prácticas cotidianas de salud y de la Ley Nacional de Salud Mental como marco normativo.

Por eso, como trabajador de salud pública y como psicólogo estimo fundamental generar constantemente dispositivos individuales y sobretodo colectivos, para reflexionar sobre nuestras propias prácticas, para que finalmente, como dice Stolkiner, que la Salud Mental ***“se extinga como campo específico para integrarse en prácticas sociales y de salud que incorporen la dimensión de la subjetividad”.***

Bibliografía

- Bonazzola, P. (1999). Políticas y Organización del Sistema de Salud. *Cuadernos de Capacitación de la Rleps N^o1*.
- Canclini, A. (1989). *Así Nació Ushuaia. Orígenes de la ciudad más austral del mundo*. Buenos Aires: Plus Ultra.
- Cunill, N. (2014). La Intersectorialidad en la Nueva Políticas Sociales. Un Acercamiento Analítico-Conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5-46.
- de Souza Minayo, M. (2004). *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- de Souza Minayo, M. (2007). *Investigación Social. Teoría Método y Creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos Problemas Complejos en Salud*.
- Galende, E. (1990). *Psiconálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Concepto, Métodos y Fundamentación Epistemológica de la Investigación Interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Heredia, M., & Barcala, A. (2017). Representaciones y Pautas Profesionales de la Guardia de un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13-19.
- OMS. (1990). *Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*. Ginebra.
- OMS. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas*. Ginebra: Compendio del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.



- OPS/OMS. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington.
- Pambukdjian, M., & Parenti, M. (2017). *Aps y Salud Mental*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires.
- Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., Deraco, P. P., Ugo, F., & Jesiotr, M. (2008). Imaginarizar el Trabajo Interdisciplinario en Salud. *Anuario de Investigación. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, XIII*, 195-200.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Stolkiner, A. (1999). Equipos Interprofesionales y algo Más ¿Es posible hablar de intersaberes?. *Campo Psi-Revista de información especializada*(12).
- Stolkiner, A. (1999). Interdisciplina entre la Epistemología y Las Prácticas. *Campo Psi-Revista, Año 3º*(10).
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental. Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy*. Posadas.
- Stolkiner, A., Michalewicz, a., & Fernandez, M. (2019). *Agentes de Salud Mental en Atención Primaria de Salud*. Buenos Aires.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el Análisis del Sector Salud. *Medicina y Sociedad, XXIII*(2).
- Tosi, A., Diaz, P., Garcete, E., Giovanello Diaz, A., Marini, M., Suar, S., y otros. (2015). *Avances y dificultades en su implementación en hospitales generales del Gran Rosari*.
- Zaldúa, G., Bottiáni, M., Sopransi, M., Nabergoi, M., Lenta, M., & Tisera, A. (2011). *Cuestiones y Desafíos en la Viabilidad de la Ley de Salud Mental*. Obtenido de <https://scholar.google.com/https://scholar.google.com/scholar.CuestionesydesafiosenlaviabilidaddelaLeydeSaludMentalIXJornadasNacionalesdeDebateInterdisciplinarios>

Anexo 1.

Contexto Socio-histórico de la Ciudad de Ushuaia

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, oficialmente Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, es una de las 23 provincias que conforman la República Argentina.

Está ubicada en la región patagónica, en el extremo sur de la Argentina, y ocupa un amplio territorio insular, marítimo y antártico, que se extiende desde la Isla Grande de Tierra del Fuego al polo Sur, incluyendo la isla de los Estados, las islas Malvinas, las islas del Atlántico Sur, la península Antártica.

En la porción americana, la provincia limita al norte con la provincia de Santa Cruz, al oeste con Chile y al sur del canal de Beagle, también con Chile.

En la Antártida, la provincia también limita al oeste con Chile, aunque los límites no están establecidos. Con 1 002 445 km² es la jurisdicción de primer orden más extensa (incluidos los territorios en litigio) y con 160.720 habitantes en 2010, la menos poblada.

Estaba organizada como territorio nacional hasta el 26 de abril de 1990, año en el que obtuvo la categoría de provincia a través de la sanción de la Ley Nacional N° 23.775 del Congreso de la Nación Argentina.

Tiene una población total, según el Censo del año de 2010 de 126.190 habitantes, la más baja de las 24 jurisdicciones. No obstante, ello su crecimiento es el de lo más alto del país, progresivamente la población fue en 1970 de 15.658 habitantes, 1980 de 27.358 habitantes, 1991 de 69.369 habitantes, 2001 era 101.079 habitantes. Lo que demuestra el crecimiento exponencial de la provincia y con una conformación poblacional promedio muy joven.

La provincia está compuesta por tres ciudades. Rio Grande ubicada en el norte de la isla, es la más poblada, Tolhuin declarada municipio en el año

2012 es la de nacimiento más reciente y Ushuaia que se ubica en el extremo sur es la capital.



Imagen: Mapa de la Provincia de Tierra del Fuego.

La ciudad de Ushuaia emplazada entre el último tramo de la cordillera de los Andes y el Canal Beagle, es la ciudad más austral del mundo, capital de la provincia de Tierra del Fuego.

La población según el censo del 2010 era de 56.825, con un total de varones 29.140 y un total de mujeres 27.865. Se calcula según metodología de ajuste según padrón electoral 2015 que los habitantes eran de 82.152 en el año 2018.

Su nombre deriva de las voces ushu (que significa al fondo) y uaia (caleta o bahía), en idioma yamana “Bahía que penetra hacia el oeste”.

Es denominada internacionalmente como la ciudad del “Fin del Mundo”.

La fundación de la ciudad se reconoce a partir de la creación de la Subprefectura Naval de Ushuaia, el 12 de octubre de 1884. Arribando a la bahía de Ushuaia el Comandante Augusto Lasserre a cargo de la expedición al Atlántico Sur de la Armada Argentina.

Desde sus inicios como puesto militar y carcelario, se desarrolló a través de las décadas hasta convertirse en un destino turístico de nivel internacional. Su particular geografía, en la que predominan las montañas, valles y lagos,



ofrece al visitante paisajes inolvidables y una gran variedad de actividades durante todo el año.

Por su latitud (54° Sur) Ushuaia posee la particularidad de contar con la noche más larga en invierno y el día con más horas de luz en verano. De las cinco ciudades en el mundo reconocidas como “puertas de entrada” a la Antártida, Ushuaia es el puerto más cercano, a sólo 1000 kilómetros de distancia de la Península Antártica.

Durante casi medio siglo el desarrollo de Ushuaia estuvo ligado directamente al presidio, a la llegada de barcos para el sostén de las necesidades básicas de alimentación, vestimentas, salud.

Algunos acontecimientos que influirían en la construcción de la ciudad y a la de los sujetos que la habitamos:

La cárcel, nombrada hoy como el Presidio del Fin del Mundo, fue construida por los propios presos, funcionó desde 1902 y hasta 1947 como un penal destinado a los criminales más peligrosos del país.

Los presos brindaban servicios de carpintería, aserradero, herrería, huerta a toda la población. También trazaron los caminos, tendieron red de agua corriente y construyeron las vías por las que transitó el tren.

Se funda la Primera Escuela Nacional Mixta que se llamó Escuela Nacional N°1, el 28 de julio de 1890. Durante los primeros años, las actividades en la escuela dependían directamente de la presencia de los docentes. La escuela permanecía cerrada cuando se enfermaba el maestro, o cuando se producía el traslado y la posterior llegada de otro nuevo docente.

En el año 1943 se crea la Gobernación Marítima, que generó un replanteo geopolítico de la región fueguina. Como consecuencia de esto, el 21 de marzo de 1947, el Presidente Juan Domingo Perón, argumentando razones de orden humanitario dispuso la clausura definitiva del penal. Los presos, fueron derivados a otros penales del país, concluyendo la evacuación en 1949.

Ante la partida de los presos, la ciudad se vio de golpe vacía, lo que se reflejó en el deterioro de las casas, los jardines y quintas en las que

trabajaban. Se calcula que, entre los que dejaron el presidio y sus familias, aproximadamente unas cuatro mil personas se fueron de la ciudad.

En el año 1950, las instalaciones del Presidio fueron transferidas al Ministerio de Marina, de manera que, con la llegada de las nuevas familias, pertenecientes a la Armada, se abrió un nuevo capítulo en la historia del poblamiento de Ushuaia.

Las rigurosas condiciones climáticas, así como la ubicación geográfica de la misma, constituyeron los motivos que sustentaron la creación de la ley de régimen de promoción industrial 19640 en el año 1972, en la cual se establecía un régimen especial aduanero y fiscal, con el fin de promover el desarrollo económico de la región. Estas condiciones justificaron la aplicación de importantes incentivos para la radicación de empresas industriales y comerciales en la región, entre los que se destaca la reducción y/o exención de impuestos nacionales, la importación de bienes con arancel cero, la posibilidad de vender al resto del territorio nacional sin el pago de los derechos de importación, con el único requisito de cumplir origen fueguino.

Esta decisión produjo una explosión poblacional producto de la migración interna, muchos habitantes de otras provincias de Argentina vieron en Ushuaia una nueva posibilidad de asentamiento y trabajo, estableciéndose con sus familias en la ciudad. (Canclini , 1989).

En relación a los sectores productores de servicios, actualmente en la ciudad los que más valor generan son los vinculados a la administración pública, les siguen el rubro transporte y comunicaciones y luego el de comercio.

El número de empleos formales del sector privado desde el año 2002 y hasta el año 2013 se incrementó en un 170%.

El turismo es una actividad de gran relevancia, la ciudad en sí misma y el Parque Nacional Tierra del Fuegos son centros de una importante afluencia de turistas nacionales e internacionales.

El puerto es considerado como puerta de entrada a la Antártida Argentina, es destino de gran cantidad de cruceros.

Otro sector relevante es la actividad pesquera que se desarrolla en el epicentro de Ushuaia, en el que se realiza tanto pesca costera como mediante buques.

En el año 2016 la ciudad oficialmente estaba dividida en 83 barrios oficiales y 27 asentamientos informales.

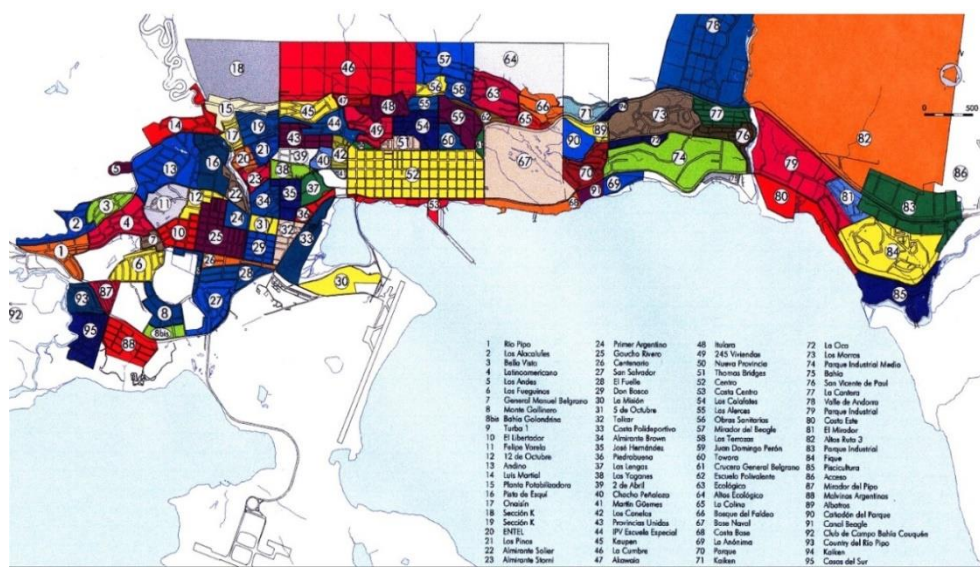


Imagen: Mapa de los barrios de Ushuaia

Los barrios que conforman el área programática del C.A.P.S. N° 1, en su mayoría son formales, establecidos alrededor de la década del 80, siendo solo algunos asentamientos informales de conformación más reciente.



Imagen: Área programática del C.A.P.S. N°1

Anexo 2.

Guía de Entrevista

Rol que desempeña en el Centro de Salud N°1.

¿En qué año ingresó a trabajar en el primer nivel de atención?

¿Desde qué año trabaja en el C.A.P.S. N°1?

¿Conoce la Ley Nacional de Salud Mental?

¿Cuáles considera como sus aportes más importantes?

¿En qué consiste su trabajo habitual?

¿Cuáles son los problemas de salud más comunes que se presenta en el área programática?

¿Cómo lo determina?

¿Existe algún programa para tales problemas?

¿Trabaja en conjunto con otros profesionales?

¿De qué especiales?

¿Cuál es el tema o problema que más trabaja con otros profesionales?

Actualmente se encuentra trabajando en algún tipo de producción de conocimientos.

¿Cómo describirías el clima de trabajo en este C.A.P.S. N°1?

¿Se realizan reuniones de equipo en el Centro de Salud?

¿Cada cuánto son?

¿Qué temáticas son las que se trabajan habitualmente?

¿Podría describir cuales son los problemas sociales más comunes en el área programática del Centro de Salud?

¿Participa del algún programa o actividad con instituciones gubernamentales?

¿Qué instituciones están involucradas, que problemas abordan?

¿Qué tiempo de su trabajo le dedica a esas actividades?

Participa de algún programa o actividad donde participen instituciones barriales no gubernamentales.

Anexo 3.

Resolución 000212/20

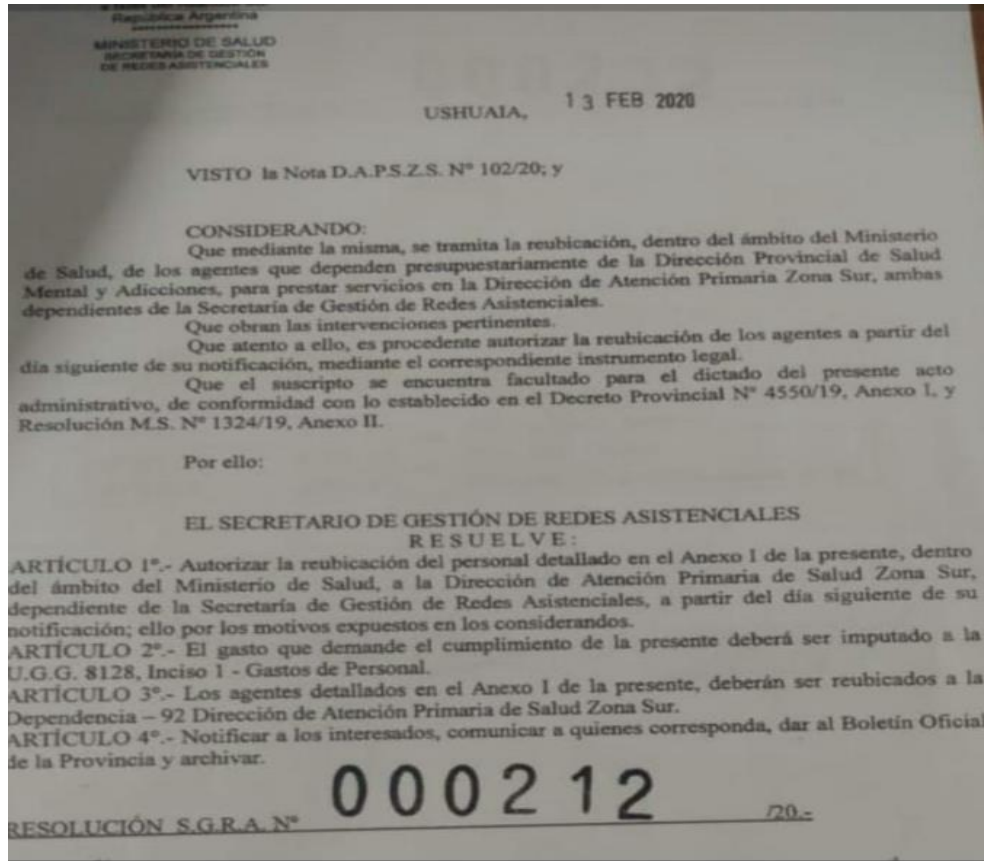


Imagen: Resolución Ministerial 000212/20.

Anexo 4.

Actas de Reunión de Equipo

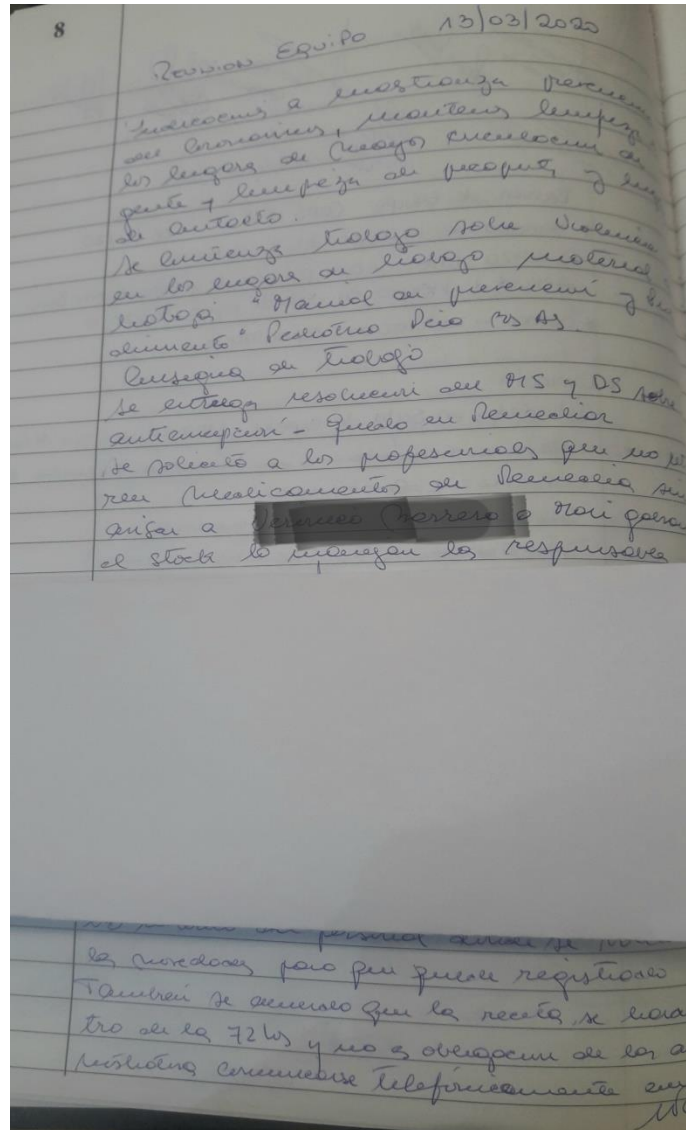


Imagen: Acta de reunión de equipo 13/03/2020.

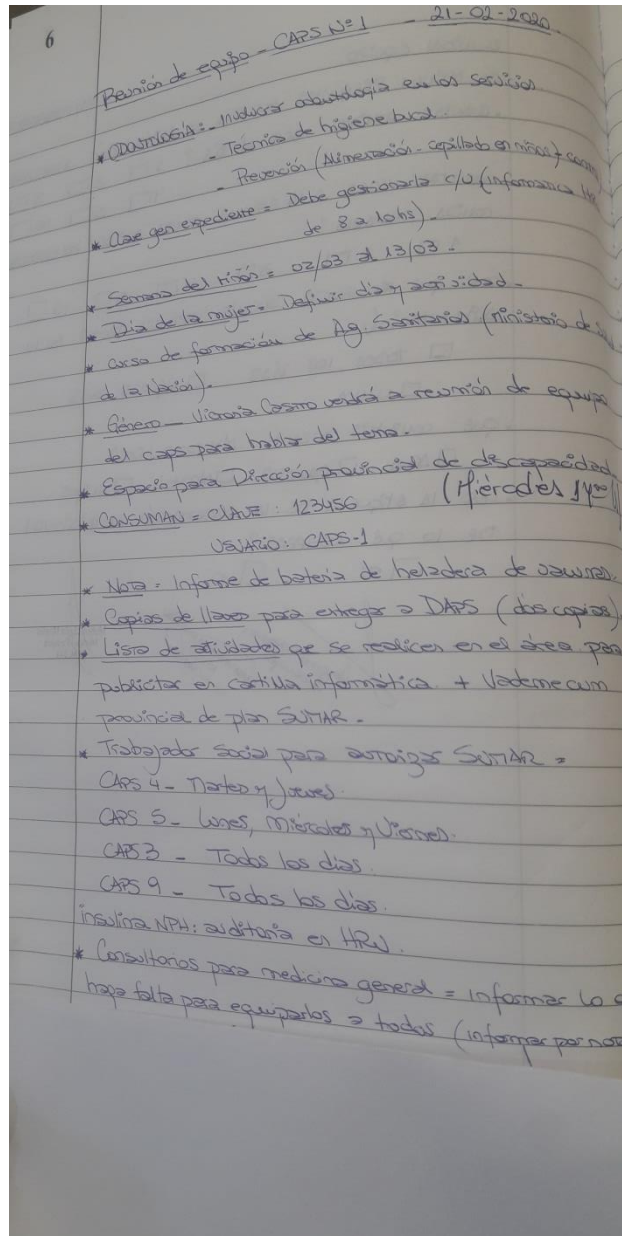


Imagen: Acta reunión de equipo de 20/02/2020

En ambas imágenes, utilizadas a modo de ejemplo de las actas de las reuniones de equipo, quedan reflejados los temas que se abordan en este dispositivo grupal.

Es importante mencionar, que se ha tapado intencionalmente el lugar de las firmas para resguardar la identidad de los profesionales participantes, en ambas reuniones son diez las personas del equipo de C.A.P.S presentes en las dos fechas.

Asimismo como se ha mencionado anteriormente, en el apartado específico del trabajo, los temas de las reuniones de equipos rondan sobre la organización de tareas referentes al C.A.P.S. N° 1 y algunas directivas específicas del Ministerio de Salud.