



Universidad
Nacional
de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Acceso oportuno y humanizado en salud mental: proyecto de admisión interdisciplinaria en el primer nivel de atención”

Propuesta de Intervención en el Campo Profesional

Autora: Dossena Alma

Legajo: D-5551/4

Tutor: Psic. Esp. Moreno, Tatiana

Docente responsable TIF: Roma, Sebastián

2025

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen y palabras claves.....	3
Denominación del proyecto.....	4
Descripción de la comunidad	5
Descripción y justificación de la propuesta.....	7
Objetivo general y específico.....	14
Acciones y plazos tentativos.....	15
Recursos humanos y materiales.....	18
Evaluación general del proyecto.....	19
Referencias bibliográficas.....	20

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco profundamente a la Universidad Pública, que me abrazó y fue mi hogar durante todos estos años. A cada persona que la conforma, tanto docentes como no docentes, gracias por su entrega y compromiso.

En segundo lugar, a mi tutora, que confió en mí desde el primer momento, supo calmar mi ansiedad y acompañarme siempre con generosidad y calidez. Gracias, profe, es un privilegio cruzarse con personas como usted.

A mi familia, que creyó en mí incluso más de lo que yo misma lo hacía, enseñándome día a día el valor de la resiliencia, la valentía y la importancia de la revolución. Porque estudiar, sin dudas, es un gran acto revolucionario. Ustedes fueron mi motor, mi sostén y el motivo para llegar hasta acá y hacia donde quiera llegar.

A mis compañeras de trabajo, que nunca dudaron en cubrirme para que pueda estudiar escondida en algún consultorio.

Y por último, a todas aquellas personas que encontré en este camino, que espero que se queden conmigo para siempre. En especial, a Eleo y Jaz, que me salvaron un poquito la carrera y otro poquito la vida.

Cada final es un nuevo comienzo, y cada comienzo es la oportunidad de agradecer lo vivido. Así que muchas gracias a todos, por ayudarme a ser quien soy.

RESUMEN

La presente propuesta de intervención en el campo profesional de la psicología, abordará la problemática del acceso a la salud mental en el primer nivel de atención de una ciudad del área metropolitana del Gran Rosario, en la provincia de Santa Fe. A partir de entrevistas con profesionales de la salud del ámbito público de la localidad y referentes, se identifica una demanda desbordada que se traduce en listas de espera superiores a las 400 personas por centro de salud, así como una atención fragmentada y poco articulada. Se delimita como problema central la ausencia de un dispositivo específico que ordene y priorice la demanda en salud mental. El objetivo central consistirá en diseñar un dispositivo interdisciplinario que permitirá agilizar el acceso, mejorar la admisión inicial y facilitar las derivaciones dentro de la red local de atención. Se parte de la premisa de que la implementación de dicho dispositivo contribuiría a una atención más eficiente, equitativa y humanizada. La propuesta se enmarca en una perspectiva crítica, situada y con enfoque de derechos, articulando aportes de la epistemología médico-social latinoamericana, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y el paradigma de la Atención Primaria de la Salud.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Primaria de la Salud; Equipo de admisión; Políticas Públicas.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

Acceso oportuno y humanizado en salud mental: proyecto de admisión interdisciplinaria en el primer nivel de atención.

El presente proyecto propondrá la creación, planificación y coordinación de un dispositivo de admisión en salud mental, orientado a facilitar el acceso a la atención psicológica en el primer nivel de atención. La propuesta apuntará a reemplazar el esquema de listas de espera por un circuito dinámico y accesible de admisión interdisciplinaria, que permita agilizar el acceso a un espacio de atención psicológica, clasificando las demandas según criterios de urgencia y necesidad y favoreciendo la derivación adecuada hacia los recursos disponibles en la red local de salud.

El dispositivo se llevará a cabo desde una perspectiva crítica, interdisciplinaria y con enfoque de derechos. Entendiendo a la Salud Mental como un proceso social e histórico que requiere estrategias integrales y situadas, enmarcadas en políticas públicas que se instituyen desde la concepción de salud como derecho.

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD.

El presente proyecto de intervención, enmarcado en el Trabajo Integrador Final (TIF), se desarrollará en una localidad de la provincia de Santa Fe, inserta en el sistema de Atención Primaria de la Salud (APS) dentro de la red de Salud Pública. Esta localidad se encuentra situada en el área metropolitana del Gran Rosario, perteneciente al departamento San Lorenzo.

De acuerdo con los datos provistos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2001; 2022), la población de la ciudad pasó de 11.470 habitantes en el año 2001 a 30.680 en 2022. Este crecimiento demográfico triplicó la población en poco más de dos décadas, lo que evidencia una expansión significativa. Entre los factores que podrían explicar este fenómeno se encuentra la migración desde centros urbanos mayores, motivada por el deseo de residir en un entorno más tranquilo, con espacios verdes y relaciones comunitarias más estrechas.

A partir de la observación en el terreno, se ha relevado la existencia de más de diez consultorios y clínicas privadas, tres Centros de Salud de primer nivel de atención y un hospital público de segundo nivel. No obstante, en casos que requieren mayor complejidad o atención por especialistas, los y las habitantes deben trasladarse a una ciudad cercana de mayor población donde tienen acceso a ese tipo de consultas y estudios.

Respecto al dispositivo propuesto, y a partir de realizar consultas a distintos referentes del sistema de salud, es pertinente señalar que dos de los tres Centros de Salud mencionados cuentan con seis profesionales de la Psicología (cada uno con una carga horaria de 18 horas semanales) y una larga lista de espera de ciudadanos que necesita acceder al servicio de salud mental, hace meses o incluso años. Asimismo, el hospital público local brinda servicios de Psicología y Psiquiatría, y ha desarrollado dispositivos de atención accesibles para la comunidad. Entre ellos, se destaca la creación de un consultorio inclusivo para personas trans, inaugurado en 2019, fruto del trabajo conjunto entre la Subsecretaría de Diversidad Sexual y la Secretaría de Género y Derechos Humanos de la CGT San Lorenzo. Se trata del único dispositivo de estas características en la zona, y continúa activo hasta la actualidad.

Desde el ámbito municipal, se ha conformado un Sistema de Protección y Promoción Integral de Derechos de Niños, Niñas, Adolescentes, Mujeres e identidades disidentes. Entre sus componentes se encuentra el Área de Género, Igualdad, Diversidad, Niñez y Familia, cuya función es articular redes para la implementación de políticas públicas con enfoque territorial e integral. Este espacio brinda asesoramiento y contención a víctimas de violencia por razones de género y a la población en general, a través de un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de la Psicología, el Derecho y el Trabajo Social.

Por su parte, la Secretaría de Cultura, Educación, Turismo y Deporte promueve

actividades culturales y recreativas destinadas a la comunidad. Entre las propuestas se incluyen talleres de crochet, telar, lengua de señas, danzas clásicas, teatro, comedia musical, mosaiquismo, coro infantil, cocina, risoterapia, idioma italiano, ajedrez, patinaje, fotografía, arte, pintura, acrobacia en telas, canto, escritura, macramé y yoga para niños, entre otros.

Finalmente, en 2022 se incorporó el Área de Abordaje de Consumo Problemático (AMACOP), destinada a la implementación de políticas públicas específicas. Esta área trabaja de manera interdisciplinaria y articulada con otras dependencias municipales, provinciales e instituciones especializadas. Además, ofrece espacios terapéuticos coordinados por profesionales.

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta de intervención de este Trabajo Integrador Final se focalizará en una problemática crítica y de larga data: en los centros de salud de la ciudad existen listas de espera que superan las 400 personas por institución, las cuales permanecen prácticamente inmóviles, con usuarios que llevan meses e incluso años aguardando un turno en psicología. Esta situación genera frustración y desconfianza en la población hacia el sistema de salud, pero, sobre todo, constituye una grave vulneración del derecho a la salud mental, ya que impide el acceso oportuno, equitativo y efectivo a la atención. Frente a esta realidad, se vuelve indispensable diseñar un dispositivo que no solo resuelva la acumulación actual de demandas, sino que también elimine la lógica de espera crónica y garantice que el problema no vuelva a reproducirse.

Actualmente, ante una crisis subjetiva, los y las habitantes pueden recurrir a la guardia hospitalaria, donde se brinda una primera atención o estabilización. Sin embargo, la mayoría de las veces no se realiza ninguna derivación formal, ni orientación hacia otro efector, lo que genera un circuito de atención fragmentado e ineficaz.

Consultados al respecto, directivos de la Secretaría de Salud explican que esta problemática se vincula, en parte, con la escasa cantidad de psicólogos disponibles y la duración prolongada de los tratamientos. Como resultado, la capacidad de absorción de nuevas consultas se ve rápidamente desbordada, mientras que las instituciones derivantes, como las escuelas, continúan generando nuevas demandas de manera constante.

A esta situación estructural se suman obstáculos de funcionamiento cotidiano que agravan aún más el problema. Se señala una preocupante falta de articulación dentro de la red pública: frecuentemente, los profesionales desconocen los dispositivos existentes en otras áreas del sistema o las actividades impulsadas por otras secretarías. La comunicación es escasa, la información circula de forma desorganizada, y los intentos por establecer abordajes interdisciplinarios recaen casi exclusivamente en la iniciativa individual de los profesionales, muchas veces fuera de su horario laboral y sin espacios institucionales destinados al trabajo colectivo.

Este escenario fragmentado y desarticulado no solo atenta contra la eficacia del sistema, sino que también vulnera el derecho a la salud mental de la población. En este sentido se justifica mi propuesta de implementar un dispositivo interdisciplinario que priorice un abordaje integral de la salud mental, priorizando el fortalecimiento de una red interinstitucional e intersectorial.

En este caso, el dispositivo de admisión en salud mental en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud surge como respuesta a una necesidad emergente en la población: la detección precoz, orientación y derivación oportuna de situaciones subjetivas que requieren abordajes en salud mental. Se trata de una estrategia que busca dar respuesta a la creciente demanda en el primer nivel de atención, promoviendo un

acceso más equitativo, eficiente y humanizado.

A continuación, se desarrollarán algunos aspectos teóricos que fundamentan esta descripción y justificación:

La Organización Mundial de la Salud (1946), definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”. Esta definición reconocida como un “enunciado de principios y político”, fue significativa por proponer una concepción positiva de salud e incluir lo psíquico y lo social, sentando así las bases para entender la salud como un derecho humano fundamental, ampliado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978).

En el año 1978 la Conferencia internacional de atención primaria de salud se reunió en Alma-Ata por la necesidad urgente de acción por parte de los gobiernos, de los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo y de toda la comunidad para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. Aquí, la concepción de la salud se fue ampliando y consolidando como un Derecho Humano fundamental:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Alma-Ata, 1978, p.1)

En este sentido, resulta pertinente señalar que la Ley Provincial N.º 10.772 de la provincia de Santa Fe establece las bases para la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental, promoviendo dispositivos interdisciplinarios e intersectoriales que priorizan la atención integral y comunitaria de las personas. Este marco normativo no solo orienta las prácticas institucionales actuales, sino que además anticipa los lineamientos de la Ley Nacional 26.657, destacando la importancia del abordaje en clave de derechos y la sustitución progresiva del modelo manicomial (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 1989). Así, en el año 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 anteriormente mencionada, tras un proceso de debates, consensos y disputas. Dicha ley se inscribe explícitamente en el paradigma de los derechos humanos, definiendo a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657, 2010, art. 3).

La salud mental no puede ser pensada como un estado fijo, absoluto o universalmente objetivable. Frente a las definiciones tradicionales —de raíz positivista,

funcionalista o moralizante— que la vinculan con la "normalidad", la "adaptación" o el "adecuado funcionamiento psíquico", se propone una concepción crítica y situada, que reconoce su dimensión histórica, social y política.

Desde esta perspectiva, y en palabras de Stolkiner, "preferimos definir salud como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad" (1985, p.45). Esta definición —abierta, situada y en tensión con las condiciones materiales de existencia— pone el foco en los procesos de construcción subjetiva y colectiva, y desplaza la idea de salud como estado a la de salud como proceso.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, en su Artículo 3º, reafirma esta mirada al establecer que "la salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (2010, p. 1) Esta formulación sitúa la salud mental en el cruce entre lo subjetivo y estructura psíquica, reconociendo la influencia del contexto en la producción del sufrimiento y del bienestar psíquico.

Desde este enfoque, la salud mental no puede ser reducida a un diagnóstico clínico individual ni pensada exclusivamente desde un paradigma médico. Su abordaje exige una perspectiva interdisciplinaria, tal como lo establece el Artículo 8º de la ley, al afirmar que "la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados [...] incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes" (2010, p.17).

El enfoque interdisciplinario no se limita a la coexistencia de saberes, sino que promueve una construcción colectiva del conocimiento y de las estrategias de intervención, permitiendo abordar la complejidad del sufrimiento psíquico desde múltiples dimensiones: subjetiva, vincular, comunitaria, institucional y política. Esta práctica se enmarca, además, en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), tal como lo indica el Artículo 9º, orientándose al "reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (2010, p.17).

Por otro lado, y retomando una de las claves que plantea Stolkiner, "el principal indicador de salud mental de una comunidad o población será su nivel de participación y las vías de organización y aceptación de las diferencias" (Stolkiner, 1985, p. 6). Esta afirmación ubica la salud mental más allá de la ausencia de enfermedad o síntomas, y la vincula con el ejercicio del derecho a la participación, a la palabra, al lazo social y al reconocimiento de la alteridad.

En este sentido, la interdisciplina en el campo de la salud mental no es una simple colaboración entre profesionales de distintos títulos, sino una forma de organización del

trabajo que promueve la integración de saberes diversos, en pos de comprender y abordar la complejidad del sufrimiento psíquico desde una perspectiva integral, situada y ética. Supone, en palabras de Stolkiner (2012) la capacidad de los equipos de salud para “integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental”, lo que requiere no solo idoneidad técnica, sino también apertura al diálogo y al trabajo conjunto.

Esto implica valorar tanto saberes técnicos como no técnicos, sin jerarquías entre ellos, sino en una coordinación respetuosa que busca realizar una satisfactoria tarea terapéutica desde múltiples perspectivas. Se plantea que no se trata de caer en una postura anticientífica ni de sobrevalorar saberes alternativos, sino de reconocer la capacidad de cada uno de los agentes abocados a esta tarea de curar, de respetar y valorar sus saberes. En este marco, se promueve una revisión crítica de las prácticas cotidianas de todos los actores, profesionales o no, y una ampliación de recursos para intervenir en situaciones de crisis. Se remarca que no es suficiente con la medicación o la psicoterapia, ya que, si múltiples factores inciden en el sufrimiento psíquico, múltiples también deben ser los recursos para su abordaje: la identidad de una persona no es un proceso individual, sino social: somos los que somos en un permanente diálogo con los otros (Ministerio de Salud de Río Negro, 1993).

Las políticas públicas en salud pueden entenderse como un conjunto de decisiones, acciones y orientaciones que el Estado asume para garantizar el derecho a la salud de la población, no solo desde una perspectiva asistencial, sino también como herramienta de integración social, mejora de la calidad de vida y resguardo de los derechos humanos (Pautassi, 2016).

Desde la perspectiva de Galende (2020), una política pública en salud mental implica necesariamente una decisión política del gobierno, basada en la comprensión de que los padecimientos psíquicos tienen efectos concretos sobre la vida social:

La decisión política del gobierno de incluir a la Salud Mental como área necesaria para la integración social, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, requiere que exista previamente un reconocimiento de los problemas de salud mental del país y también la convicción racional de que estos problemas afectan a los procesos de integración de la sociedad, al resguardo de condiciones de dignidad y derechos humanos básicos. (Galende, 1990, como se citó en Cohen & Natella, s.f., p. 6)

Esta afirmación posiciona a la salud mental como un problema público y político, no solamente clínico o individual. Por eso, debe ser asumido por el poder político como una demanda legítima de la sociedad, reflejada en planes, presupuestos, estructuras institucionales y formación de recursos humanos adecuados. En este sentido, resulta fundamental pensar desde qué modelo se organiza el sistema de salud para dar respuestas a estas demandas, lo cual nos lleva a considerar el rol central de la APS.

La APS constituye el eje rector para la organización de sistemas de salud equitativos, integrales y participativos. En su definición actualizada, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la entiende como mucho más que un nivel de atención o un conjunto mínimo de servicios, destacando su carácter estratégico e integral. Según el documento de posición de la OPS (2007) la APS es un reflejo y una manifestación de los valores y principios del derecho a la salud, equidad, solidaridad y justicia social. Además, es la estrategia más eficaz para organizar el sistema de salud llevando a cabo acciones integrales orientadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. En definitiva, se encuentra orientada al logro de resultados sanitarios y al desarrollo humano articulando todos los niveles del sistema y otros sectores relevantes.

Desde esta perspectiva, la APS no solo busca garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, sino también promover la participación social activa, la intersectorialidad y la responsabilidad del Estado en la configuración de políticas públicas en salud. La OPS insiste en que:

No debe confundirse con un paquete mínimo de servicios, ni con servicios de bajo costo dirigidos exclusivamente a los pobres, ni tampoco con la atención prestada únicamente por personal no profesional. La APS debe ofrecer servicios de salud integrales, accesibles, pertinentes, de calidad, eficaces y eficientes. (OPS, 2007, p. 7).

Asimismo, la APS debe “contribuir al empoderamiento de las personas para que estas puedan ejercer plenamente su derecho a la salud” (OPS, 2007, p. 8), lo cual interpela fuertemente a la práctica de la psicología, especialmente en lo que respecta a la promoción de la salud mental, la prevención de problemáticas subjetivas y la escucha activa del malestar social.

Un sistema de salud basado en la APS se define como un enfoque amplio para la organización y operación de los sistemas de salud, cuyo objetivo principal es garantizar el derecho a la salud y maximizar la equidad y la solidaridad dentro de dicho sistema. Según la OPS (2007), un sistema de salud de estas características debe estar orientado por principios clave como:

- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población, asegurando que el sistema sea capaz de atender tanto las necesidades "objetivas" (por ejemplo, necesidades definidas por expertos) como las "subjetivas" (por ejemplo, necesidades percibidas por los propios individuos o comunidades).
- Orientación hacia la calidad, lo que implica que los servicios no sólo respondan a las necesidades de la población, sino que además se anticipen a ellas, ofreciendo intervenciones de salud que sean seguras, eficaces y con el máximo respeto por la dignidad humana.

- Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, asegurando que los derechos de los ciudadanos sean protegidos y que el sistema de salud sea vigilado y mejorado de forma continua mediante la participación activa de la sociedad civil y mecanismos transparentes de control social.

- Justicia social, garantizando que todos los sectores de la población, independientemente de su origen socioeconómico, raza, género o etnia, tengan acceso a una atención de salud integral, accesible y respetuosa.

- Sostenibilidad, lo que asegura que el sistema de salud pueda mantener sus funciones a lo largo del tiempo, incluso ante desafíos políticos o económicos.

- Intersectorialidad, que se refiere a la necesidad de que el sector salud colabore activamente con otros sectores (educación, empleo, vivienda, medio ambiente, etc.) para maximizar su contribución al desarrollo humano y la salud. Además, la OPS subraya la importancia de contar con un sólido marco legal, institucional y organizativo, que incluya recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles para garantizar la efectividad del sistema de salud. Para ello, es crucial contar con prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema, que permitan mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios. (OPS, 2007).

Bang (2011) sostiene que la promoción en salud mental no debe limitarse a intervenciones individualizantes ni normativas, sino que debe orientarse a la transformación de los lazos comunitarios, al fortalecimiento de la participación colectiva y a la constitución de la comunidad como sujeto activo en la toma de decisiones sobre su proceso salud-enfermedad-cuidado. Estas prácticas promotoras, lejos de reproducir lógicas de control o disciplinamiento, crean condiciones para el desarrollo de un pensamiento crítico y creativo colectivo, que permita a los grupos intervenir sobre sus realidades y construir nuevos territorios de existencia.

Desde esta mirada, se destaca que la salud mental no puede pensarse separada de la salud general ni del contexto social: la dimensión subjetiva, los vínculos y las condiciones de vida son constitutivas del proceso de salud-enfermedad. Por eso, “la promoción en salud mental comunitaria implica una intervención situada, intersectorial, interdisciplinaria y profundamente ética y política, que apunta a generar autonomía, participación y justicia social” (Bang, 2011; 2013a). Lo cual, nos invita a darle profunda relevancia al rol del psicólogo en este ámbito.

Con todos los conceptos desarrollados anteriormente, pensamos el rol del psicólogo en APS, como agente articulador entre salud, comunidad y derechos humanos. Su trabajo incluye la promoción de la salud mental, la prevención de padecimientos, y la construcción de dispositivos que favorezcan la subjetivación y la ciudadanía (Stolkiner y Solitario, 2007). Lejos de limitarse a la consulta individual, el psicólogo en APS asume un rol comunitario, interdisciplinario e intersectorial que busca incidir estructuralmente sobre las condiciones que producen malestar.

Siguiendo a Galende (1990), Stolkiner y Solitario (2007) proponen que trabajar en APS implica un triple compromiso: integrar un plan político general que aborde la salud desde el bienestar físico, mental y social; incorporar la salud mental a las políticas de una medicina social; e integrar a la comunidad, mediante sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión en salud mental. Esta mirada plantea un modelo de intervención que no solo trata síntomas, sino que busca transformar realidades.

Ahora bien, el análisis y discusión de las políticas en APS es una instancia necesaria para el abordaje de las problemáticas en el Sistema de Salud. La salud mental es un derecho humano básico, y todo gobierno que la ignora, la subestima o la desfinancia está incumpliendo con sus obligaciones constitucionales. Hacerse el desentendido –institucional o políticamente– ante el sufrimiento psíquico de una comunidad es lisa y llanamente una forma de violencia estatal, una negación de derechos.

El psicólogo en APS es clave no solo por su capacidad de intervención clínica, sino por su potencial transformador en lo social y lo institucional. Sin condiciones materiales y simbólicas adecuadas –como financiamiento sostenido, formación específica, participación política y existencia de planes de salud mental– ese rol queda vaciado de contenido. Por eso, defender el lugar del psicólogo en la primera línea del sistema de salud es también defender un modelo de salud pública con enfoque de derechos, y en última instancia, defender la democracia.

OBJETIVOS

General.

- Agilizar el acceso a los servicios de salud mental en el primer nivel de atención en una ciudad de la provincia de Santa Fe, promoviendo la detección temprana, la derivación adecuada y la optimización de recursos.

Específicos.

- Evitar demoras y listas de espera prolongadas.
- Promover la derivación adecuada hacia los dispositivos asistenciales correspondientes.
- Favorecer la prevención de la cronificación de problemáticas de salud mental, implementando medidas de promoción de la salud.
- Mejorar la experiencia de la persona que consulta en su primer contacto con el sistema de salud mental.

ACCIONES, PLAZOS TENTATIVOS Y RECURSOS NECESARIOS

A continuación, se presenta el cronograma tentativo de implementación del dispositivo, previsto en un lapso inicial de tres meses hasta alcanzar su funcionamiento pleno y sostenido. Durante el primer mes se conformará el equipo de admisión interdisciplinario y se definirán los protocolos de trabajo. En el segundo y tercer mes se abordará de manera intensiva la lista de espera acumulada —que actualmente supera las 400 personas—, con el objetivo de reducirla de forma significativa y evitar su reproducción. A partir de allí, el dispositivo seguirá operando de manera continua, garantizando el acceso oportuno y evitando la generación de nuevas listas de espera.

	MES 1				MES 2				MES 3			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Conformación del equipo interdisciplinario de admisión	■	■										
Construcción de acuerdos institucionales y comunicación			■	■								
Contacto telefónico					■	■						
Entrevistas de admisión							■	■	■			
Sistematización de ficha única de admisión y hoja de ruta							■	■	■			
Reuniones de equipo para orientación terapéutica y articulación con los diferentes dispositivos							■	■	■			
Acopañamiento post derivación										■	■	
Cierre de la intervención y registro en base de datos										■	■	■

Conformación del equipo interdisciplinario de admisión

En esta primera etapa se procederá a la constitución del equipo interdisciplinario, garantizando al menos la participación de un/a psicólogo/a y un profesional de la salud de otra disciplina (trabajador/a social, enfermero/a, entre otras), de acuerdo a conformación y

disponibilidad del centro de salud. Asimismo, se definirá un/a coordinador/a responsable del dispositivo, que asegure la articulación con las autoridades de salud y supervise el funcionamiento del mismo.

Construcción de acuerdos institucionales y comunicación

Se establecerán acuerdos con la dirección de cada centro de salud para definir un espacio físico fijo y horarios de atención destinados al dispositivo de admisión. Paralelamente, se llevará adelante un mapeo y relevamiento de los dispositivos comunitarios disponibles (talleres, cursos, actividades culturales y deportivas, dispositivos municipales y provinciales), con el fin de ampliar las alternativas de referencia y evitar que la atención se reduzca únicamente a la psicoterapia individual.

Contacto telefónico inicial con la lista de espera

Se realizará un operativo de contacto telefónico con todos los futuros usuarios registrados en las listas de espera de los centros de salud. Durante este contacto se buscará conocer la situación actual de la persona, y en caso de aún necesitar la consulta, se coordinará una primera entrevista de admisión. Este paso permitirá depurar y actualizar la lista de espera, priorizando a quienes mantienen una demanda activa.

Entrevistas de admisión

Cada usuario será recibido en una primera entrevista interdisciplinaria de admisión, cuyo objetivo principal será explorar el motivo de consulta, la situación subjetiva actual y las condiciones sociales y familiares que rodean la demanda. Estas entrevistas, de carácter breve (30-40 minutos), funcionarán como puerta de entrada al sistema, ofreciendo escucha, contención inicial y una primera orientación.

Sistematización de la ficha única de admisión y hoja de ruta

Los datos obtenidos en la entrevista se registrarán en una ficha única de admisión estandarizada, diseñada para recopilar información clínica, social y de contexto. A partir de ello, se elaborará una hoja de ruta individualizada, que oriente las posibles alternativas de acompañamiento (tratamiento individual, participación en talleres, acompañamiento comunitario, entre otros).

Reuniones de equipo para orientación terapéutica y articulación interinstitucional

El equipo interdisciplinario se reunirá de forma periódica (semanal o quincenal) para analizar los casos y consensuar la orientación terapéutica más adecuada. Estas reuniones incluirán la articulación con los diferentes dispositivos existentes en la localidad (hospital, programas municipales, talleres, dispositivos comunitarios), garantizando que cada usuario acceda al recurso más pertinente a su situación subjetiva y cercanía a su centro de referencia.

Acompañamiento post-derivación

Una vez realizada la derivación, el dispositivo mantendrá un seguimiento coordinado con los profesionales o instituciones que recibieron al paciente, con el fin de

acompañar la continuidad y la pertinencia del abordaje. Este seguimiento permitirá detectar posibles obstáculos en el acceso y garantizar la eficacia de las derivaciones.

Cierre de la intervención y registro en base de datos

Cuando se confirme que el paciente se encuentra efectivamente en tratamiento o recibiendo acompañamiento en el dispositivo derivado, se dará por finalizada la intervención desde el Dispositivo de admisión y se registrará la referencia constituida. Esta información será incorporada a una base de datos institucional (como por ejemplo Sistema de Información de Consultorios de Atención Primaria, SICAP), que permitirá sistematizar información epidemiológica y de gestión, evaluar el impacto del dispositivo y retroalimentar la planificación de futuras intervenciones.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

- Psicóloga o Psicólogo.
- Personal de salud de otra área.
- Supervisión mensual a cargo de una profesional de la Salud Mental responsable del dispositivo.

RECURSOS MATERIALES

- Consultorio en Centro de Salud seleccionado adecuado para el encuentro grupal (ventilación, sillas, escritorio).
- Cuadernillos, hojas, biromes y ficha única de admisión.
- Línea telefónica.

EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Para evaluar si el dispositivo de admisión en salud mental cumple sus objetivos, se pueden implementar indicadores cuantitativos y cualitativos, junto con herramientas de evaluación continua.

Indicadores cuantitativos:

- Reducción de la lista de espera considerando el número total de personas en lista de espera y las recibidas en el dispositivo propuesto.
- Tiempo de espera promedio: Desde el primer contacto hasta la derivación.
- Cantidad de entrevistas realizadas por mes.
- Tasa de efectividad de las derivaciones: Porcentaje de pacientes que inician tratamiento en el dispositivo indicado.
- Número de derivaciones a cada recurso (psicoterapia individual, talleres, psiquiatría, etc.).

Indicadores cualitativos

- Encuestas breves post-entrevista o post-derivación sobre la atención recibida y la claridad de la orientación.
- Percepción del equipo de salud: Reuniones quincenales o mensuales para valorar funcionamiento, obstáculos y fortalezas del dispositivo.
- Evaluación de la adecuación de las derivaciones: ¿El recurso al que fue derivado el paciente fue el adecuado? ¿Hubo necesidad de reorientar?

Herramientas e instrumentos

- Planillas de registro sistematizado de entrevistas, diagnósticos presuntivos, derivaciones realizadas y resultados de seguimiento.
- Encuestas de satisfacción estructuradas para usuarios y profesionales.
- Fichas de seguimiento individualizado post-derivación (para detectar deserciones o dificultades).
- Gráficos y reportes mensuales que comparen datos de desempeño.
- Reuniones de retroalimentación institucional con responsables del Centro de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/170000-174999/174699/norma.htm>
- Bang, C. (2011). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales completas. Lugar Editorial.
- Galende, E. (2020). De los principios a la acción. *Salud Mental y Comunidad*, 9, 122–129. <https://doi.org/10.18294/smyc.2020.5116>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (1989). *Ley Provincial N° 10.772: Organización y funcionamiento de los servicios de salud mental*. Santa Fe, Argentina.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2001). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. <https://www.indec.gob.ar>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. <https://www.indec.gob.ar>
- Ministerio de Salud de Río Negro. (1993). Resolución N.º 3524/93 que formaliza la RISaMC en la política de salud mental de la provincia de Río Negro. Gobierno de la Provincia de Río Negro.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la

Salud. OMS.

<https://www.paho.org/es/documentos/carta-ottawa-para-promocion-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. OPS.

Pautassi, L. C. (2016). Las políticas públicas y la medición de derechos sociales. Nuevos aportes para viejos problemas. En A. Von Bogdandy, M. Morales Antoniazzi & F. Piovesan (Eds.), *Ius constitutionale commune na América Latina: Pluralismo e inclusão* (pp. 129–144). Juruá.

Stolkiner, A. (1985). *Salud mental y derechos humanos*. Centro Editor de América Latina.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). \[Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas]. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, en prensa.