

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Instituto de la salud “Juan Lazarte”

Tesina para la Carrera de Posgrado
de Maestría en Salud Pública

Título: Salud mental y primer nivel de atención: descripción y análisis
de las prácticas de los/as psicólogos/as y la influencia de la formación
de posgrado.

Autora: Lic. M. Eugenia Bagnasco

Director: Dr. Pablo F. Bonazzola

Buenos Aires, mayo de 2012

CONTENIDO

Agradecimientos	3
Glosario	4
Resumen	5
Introducción.....	7
Justificación y delimitación de la investigación	9
Marco Teórico	11
1. Situación De Salud.....	11
1.1 Panorama actual	11
1.2 El Contexto Nacional: Sistema sanitario y la Atención Primaria de la Salud.....	15
2. La Salud Mental.....	18
2.1 Los problemas y los servicios de salud en el escenario	22
2.2 Problemas de salud mental en grupos vulnerables.....	28
2.2.1 Sobre algunos trastornos de la población infantil	28
2.2.2 La Violencia contra la mujer.....	31
2.2.2.1 Contexto provincial	34
2.2.3 El uso de alcohol y otras sustancias	35
2.2.3.1 Contexto provincial	38
3. Salud mental en el marco de la APS	39
3.1 El contexto nacional	43
4. Formación y prácticas profesionales.....	48
4.1 Situación de los recursos humanos	48
4.2 La formación profesional.....	51
4.3 La formación de posgrado y su influencia en las prácticas profesionales.....	54
4.3.1 Algunas propuestas de formación en salud mental	58
4.4 Prácticas del psicólogo en el primer nivel de atención	62
4.5 Posgrados con Orientación Comunitaria en la región.....	68
4.5.1 El PRIM.....	68
4.5.2 El PMC/ESPNA	72
4.5.3 Carrera de Especialización “Psicología Social y Comunitaria desde una perspectiva transdisciplinaria”	74
Preguntas	76
Objetivos	77
Metodología.....	78
Resultados	87
Discusión	114
Conclusiones.....	127
Referencias Bibliográficas	131
Anexos	143
Anexo A- Entrevistas a informantes clave	143
Anexo B – Cuestionario	145

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a todos/as los/as psicólogos/as que participaron, por el interés que manifestaron en el tema, por toda la información que brindaron y por la disposición que demostraron en responder el cuestionario. Asimismo agradezco a los/as funcionarios/as que colaboraron generosamente aportando datos valiosísimos para este trabajo.

Quiero agradecer especialmente a mi director, el Dr. Pablo Bonazzola, quien me acompañó de una manera incansable, apostando a superar los distintos obstáculos y haciendo que llegar al final fuera posible.

También mi reconocimiento a los/as integrantes y compañeros/as de El Agora, y en especial mi gratitud al Dr. Mario Rovere por el apoyo brindado.

Glosario

Con el fin de facilitar la lectura se presentan los criterios utilizados con respecto a las citas, las siglas y las abreviaturas.

Para las citas correspondientes a textos, se utilizó letra cursiva sin comillas. El mismo criterio se usó para las citas correspondientes a dichos de entrevistados/as.

Las siglas y abreviaturas se consignan en el siguiente cuadro:

Sigla	Significado
APS	Atención Primaria de la Salud
BOCBA	Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centro de Atención Primaria de Salud
CPA	Centro Provincial de Atención (Provincia de Buenos Aires)
CS	Centro de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMC/ESPNA	Programa de Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención
PRIM	Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias
POClín	Posgrado con orientación clínica
POCom	Posgrado con orientación comunitaria
UCALP	Universidad Católica Argentina de La Plata
UNLP	Universidad Nacional de la Plata

Resumen

La presente investigación, de carácter descriptivo y exploratorio, se orientó a indagar en un sentido amplio, la influencia de la formación de posgrado en las prácticas de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención, en dos localidades de la Provincia de Buenos Aires, con el fin de visualizar cómo se ha expresado en su desempeño profesional.

Para ello se recurrió a la revisión bibliográfica y documental, a la realización de un cuestionario a los/as psicólogos/as, con diferentes niveles de inserción laboral en los efectores del primer nivel de atención; y entrevistas a informantes clave, vinculados con la formación de posgrado de los psicólogos/as en la región, para conocer su punto de vista sobre la adecuación de la capacitación a las necesidades en salud mental de la población.

Se seleccionaron dos grupos de profesionales, uno orientado hacia la formación comunitaria y otro hacia la formación clínica, procediendo a comparar sus opiniones sobre la utilidad de la capacitación en su trabajo y la frecuencia con que realizaban ciertas prácticas en su tarea diaria.

Los hallazgos que más se destacaron son:

La preeminencia de la formación clínica por sobre la formación comunitaria, a pesar del avance de las ofertas con dicha orientación en el posgrado.

Que dicho predominio tiene estrecha relación con el perfil formativo de la carrera, el cual, al igual que las ofertas con orientación clínica en el posgrado, no aportan elementos suficientes para el trabajo en el primer nivel de atención.

A pesar de que los/as profesionales con formación comunitaria valoraron considerablemente bien los aportes de la capacitación recibida, su influencia aún no logra visualizarse claramente en las prácticas concretas.

Por último, existen factores que obstaculizan -independientemente de la intención y competencia de los/as profesionales- la implementación de algunas modalidades de trabajo vinculadas a la interdisciplina, la intersectorialidad, la participación social, la investigación, entre otras, que están asociados a los problemas actuales del campo de los recursos humanos.

Introducción

Las alteraciones de la salud mental de las personas y las poblaciones han constituido uno de los principales problemas actuales de la salud pública mundial, debido al incremento progresivo de su incidencia, a su peso en la carga de morbilidad general, y a su impacto negativo sobre la calidad de vida.

A la vez, se han planteado dudas sobre la eficacia y la suficiencia de los conceptos y prácticas de la psiquiatría clásica y de la psicología exclusivamente centrada en la dimensión clínica e individual, para intervenir sobre los aspectos más complejos de estas problemáticas, referidos a los determinantes sociales de la salud de las poblaciones.

Las diversas propuestas y experiencias de transformación de los sistemas de salud mental en los últimos años, mostraron en general algunos aspectos coincidentes: la consideración e intervención sobre los factores contextuales determinantes; el énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud; la prioridad de las actividades en el primer nivel de atención; el abordaje interdisciplinario, intersectorial y en redes; y la participación comunitaria.

Uno de los pilares sobre el cual se han basado estas propuestas de cambio, ha sido la formación de los profesionales en conceptos y prácticas que incorporen los aspectos antes mencionados; lo que ha dado lugar a diversos sistemas y programas de capacitación de posgrado con esas orientaciones.

No se encuentra mucha información sistematizada respecto de los efectos de la formación: ni con respecto a la modificación de las prácticas profesionales; ni en relación –y esto es más dificultoso de evaluar- a los resultados sobre la salud mental de la población.

En la Provincia de Buenos Aires se han desarrollado, desde hace unos años, algunos programas de capacitación de marcada orientación comunitaria

entre los cuales se destacan el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Berisso (PRIM) y el Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel (PMC/ESPNA). En los mismos se han formado una cantidad importante de profesionales psicólogos/as, lo que brindó una oportunidad para indagar cómo se reflejaban en las opiniones, trayectorias laborales y prácticas de los mismos, estos procesos formativos orientados al cambio del modelo de atención.

Justificación y delimitación de la investigación

La salud entendida desde una concepción integral supone implementar acciones convergentes, que incorporen lo específico de la salud mental en las acciones generales de salud y en relación permanente con otros campos y prácticas sociales. Es decir que, el campo de la salud definido como un espacio de producción interdisciplinaria e intersectorial implica necesariamente que las prácticas para la atención deban implementarse a través de actividades fundadas en el saber de las distintas disciplinas que comparten con el campo de la salud mental los objetivos primordiales y comunes de fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la salud integral de la población a cargo.

Frecuentemente puede observarse una tendencia a privilegiar la práctica de asistencia psicoterapéutica individual, es decir con el sujeto o individuo consultante, planteándose muchas veces, desde los/as psicólogos/as, dificultades en el abordaje de situaciones que requieren de un accionar más integral y participativo que trasciende dicha práctica.

Este enfoque clínico implica -entre otras cuestiones- que se brinde atención solo a quienes lo solicitan, lo cual excluye a la población que no puede articular sus necesidades en una demanda de ayuda concreta.

En general las prácticas preventivas, de promoción y de articulación con otros profesionales, saberes e instituciones, así como también la organización y planificación de las mismas, no suelen ser las más utilizadas y en ocasiones quedan delegadas al accionar de otras profesiones como el/la trabajador/a social, o el/la médico generalista.

Ejemplo de ello, es la habitual consideración, por parte del/la psicólogo/a, que es tarea específica de la especialidad trabajo social, realizar visitas domiciliarias a los/as pacientes o futuros consultantes o concurrir a los domicilios para realizar citaciones para los turnos de las prácticas de atención que se realizarán en el consultorio del centro de salud; o bien entienden que

los/as médicos/as generalistas, por ser una especialidad que apunta a una atención integral de la población en el primer nivel de atención - tradicionalmente en barrios carenciados y con múltiples vulnerabilidades- son quienes deben llevar adelante las acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud, especialmente cuando se trata de actividades que se proyectan fuera del efector o en articulación con otras instituciones u organizaciones.

La hipótesis central que guió esta investigación fue la falta de adecuación de las prácticas de los/as psicólogos/as a las necesidades actuales de la población; por lo que sería necesario orientarlas a la construcción de un modelo de atención más integral y equitativo.

Aceptando que la formación juega un rol fundamental, la presente investigación se orientó a develar en un sentido amplio, la influencia de la formación de posgrado en las prácticas de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención con el fin de visualizar cómo se ha reflejado ese tipo de formación en su posterior desempeño profesional y en sus prácticas.

Se considera que los resultados del estudio pueden contribuir con conocimiento válido y confiable para la elaboración, diseño e implementación de políticas socio-sanitarias sobre recursos humanos, que propicien prácticas más integrales, interdisciplinarias, intersectoriales y participativas en el campo de la salud mental en el primer nivel de atención; previendo ajustes en los dispositivos de atención, promoción, prevención y rehabilitación vigentes y a la consideración de los posibles obstáculos para su implementación, tendientes al mejoramiento de la capacitación profesional de los/as psicólogos/as.

Marco Teórico

1. Situación De Salud

1.1 Panorama actual

El comienzo de este nuevo siglo encontró a la sociedad en un momento caracterizado por transformaciones tanto de tipo social, como demográficas y epidemiológicas a nivel mundial, en un contexto de globalización de las economías, de creciente urbanización y concentración de personas en las grandes ciudades así como el envejecimiento progresivo de la población, que aceleraron la propagación de las enfermedades transmisibles –como la malaria, el VIH/SIDA, el resurgimiento de la tuberculosis y los cambios en las características de algunos agentes como los virus de la influenza- e incrementaron la demanda de atención de las patologías crónicas y no transmisibles –como las enfermedades degenerativas, las violencias, traumas, enfermedades laborales y enfermedades mentales- elevando consecuentemente los costos de la atención sanitaria (OMS, 2010) (OPS, 2009a).

La necesidad de encarar estos desafíos mediante acciones globales ha sido abordada en diversas instancias internacionales. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (ONU, 2000) comprometió a la mayoría de los países del mundo a una búsqueda colectiva de soluciones, y dio origen a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).¹

Pese a los esfuerzos, los logros han sido parciales, y la situación de desigualdad entre regiones y países no fue superada hasta la actualidad.

¹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM) son ocho metas acordadas por los 191 estados miembros que desean alcanzar hacia el año 2015, y constituyen el compromiso de los líderes mundiales de combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medioambiente y la discriminación contra la mujer.

En línea con estas consideraciones, Kliksberg (2011) ha planteado que algunas metas principales del milenio en salud, como el objetivo de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, estaban en riesgo de poder cumplirse. La meta de disminuir en dos tercios el número de niños que mueren antes de los cinco años implicaba bajar la tasa del 10 al 3‰, y en 2010 la misma estaba en 7‰. La mortalidad materna, asimismo, se había reducido en 2010 a razón del 2.3% anual, en vez del 5.5% planteado como meta (OMS, 2010b).

Según este autor, las dificultades para alcanzar las metas, han ilustrado ampliamente que la salud no dependía solo de la eficiencia de los sistemas sanitarios. En el mismo sentido Samaja (2004) ha manifestado que el proceso de la salud-enfermedad-atención era el resultado de procesos individuales y de las relaciones e interacciones de los individuos con su familia y la sociedad como así también de fenómenos tanto políticos como sociales.

La creación en el año 2005, de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, implicó colocar en la agenda de la salud pública temas que otrora le eran ajenos al sector.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Éstos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2008b).

Este enfoque permitió entender que la producción de salud o de enfermedad era un tema complejo en el que distintos factores, externos a los sistemas de atención, como las condiciones económicas, educativas, medioambientales, culturales, políticas, y otras, terminaban incidiendo en las biología individuales, con consecuencias para la salud.

En este contexto se puso en evidencia por un lado, que la distribución desigual de la atención sanitaria dio por resultado que quienes más lo necesitaban no hayan logrado acceder a la asistencia, y por el otro, que las políticas y programas sociales insuficientes, los acuerdos económicos injustos y la mala gestión política tuvieran como consecuencia, las deficiencias y disparidades en las condiciones de vida (OMS, 2008b).

Recientemente, en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011)², se expresó ante la actual crisis económica y financiera mundial, la exigencia de adoptar medidas a fin de reducir el aumento de las inequidades sanitarias y poner un freno al empeoramiento de las condiciones de vida y al deterioro de los sistemas sanitarios y de protección social de carácter universal.

La equidad sanitaria como un objetivo y una responsabilidad compartidos exige una acción intersectorial donde el compromiso de todos los sectores posibiliten afrontar los retos actuales: *(...) erradicar el hambre y la pobreza; garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad, así como al agua potable y el saneamiento, el empleo y el trabajo decente y la protección social; proteger el medioambiente, y conseguir un crecimiento económico equitativo mediante una resuelta acción sobre los determinantes sociales de la salud en todos los sectores y en todos los niveles (OMS, 2011).*

Merece especial mención, que entre las medidas definidas como urgentes, se destacó la importancia de fomentar la participación comunitaria para crear una buena base de apoyo a las políticas sobre los determinantes sociales y mejorar así la calidad y capacidad de respuesta de los servicios de salud y otros servicios sociales.

² En dicha declaración se suscribieron los principios y disposiciones establecidos en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Carta de Ottawa de 1986 y la serie de conferencias internacionales sobre promoción de la salud, en las que se reafirmaba el valor esencial de la equidad sanitaria y se reconocía que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

Más específicamente en el ámbito de los sistemas de salud, se plantearon algunas dificultades para garantizar un acceso de calidad a los servicios, así como también en lo referente a la prestación y financiación de los mismos.

Entre ellas, que los sistemas sanitarios no poseían un rumbo claro y preciso, que solo fijaban las prioridades a corto plazo y en función de las urgencias del momento, de manera fragmentada y atomizada, sin lograr reforzar la capacidad para responder a los desafíos y evolucionando en direcciones que no contribuían a la equidad sanitaria y a la justicia social.

En función de estos problemas, se detectaron tres tendencias que han generado gran preocupación en la actualidad:

- La centralización de la oferta de atención curativa y especializada.
- La aplicación de un enfoque de lucha contra las enfermedades, con resultados a corto plazo que provocaron una fragmentación cada vez mayor en las prestaciones.
- Los sistemas de salud han basado su gobernanza en la no intervención o el laissez-faire, permitiendo que prospere una atención de carácter comercial no regulada (OMS, 2008).

En este sentido, el acuerdo general consistió en plantear que las reformas del sector debían orientarse necesariamente a la Atención Primaria de la Salud (APS), en el entendido que así se podría favorecer un rumbo más claro y una mayor integración en las políticas públicas -donde las políticas sanitarias se establezcan en vinculación con las políticas de otros sectores-; una efectiva garantía de la cobertura universal en pos del logro de una mayor equidad sanitaria y protección social en salud; y la centralización de las prestaciones en las personas y sus necesidades (OMS, 2008).

1.2 El Contexto Nacional: Sistema sanitario y la Atención Primaria de la Salud

Castellanos (1990) ha planteado la estrategia de APS como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población.

En nuestro país, el acceso a la salud de la población en las últimas décadas del siglo XX sufrió un proceso de deterioro intenso. Bajo el modelo resultante de la dictadura³ instaurada en 1976, la salud pública dejó de ser una responsabilidad del ámbito sanitario nacional.

Medidas tales, como la transferencia de hospitales sin el debido respaldo de los recursos correspondientes a las provincias, configuraron un escenario, donde el desarrollo de un mercado de servicios de salud, con un uso abusivo e innecesario de los recursos tecnológicos, terminó por consolidar un modelo de servicios altamente especializados, que priorizaba la atención de algunas enfermedades en desmedro de acciones de prevención y promoción de la salud:

La incorporación de la APS se restringió a aplicaciones técnicas en las zonas libres de conflicto sobre la base de un histórico programa de salud rural; y en las zonas urbanas, a algunos centros periféricos, con una supresión de sus componentes más políticos, como la participación comunitaria o la intersectorialidad (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

Con el retorno de la democracia en 1983, se abrieron condiciones para la participación social, el trabajo interdisciplinario, la intersectorialidad, y para espacios de aprendizaje en el primer nivel de atención que comenzaba su expansión en lo referido a la formación de los equipos de salud. Sin embargo estas iniciativas se frustraron por la severa crisis económica que dio inicio a un período de políticas neoliberales, a la desvalorización del estado

³ Se hace referencia a la desmovilización de la población por el terrorismo de estado y a la desindustrialización y endeudamiento del país, bajo los vaivenes de la especulación financiera y la impronta de la precarización laboral

intervencionista, a la descentralización y focalización de las estrategias de privatización, impactando duramente en la situación de salud, nutrición y educación de algunos sectores sociales.

Se consolidó de este modo, una tendencia a la mercantilización de la salud, coexistiendo servicios de alta calidad con costos que sólo pocos podían solventar y una oferta de servicios, de menor calidad, destinados a los sectores populares. En este contexto la estrategia de APS se tradujo en el acceso a un paquete básico de intervenciones focalizadas, sin consideración por los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

Es así como en la década de los noventa se profundizó progresivamente el incremento de fenómenos como la desigualdad, la pobreza y la indigencia, en un contexto de precarización laboral y de fragmentación social que hoy día muestran sus consecuencias.

A propósito de este período merecen señalarse las grandes mutaciones ocurridas en el mercado de trabajo que incidieron tanto en el empleo como en el desempleo: el incremento del trabajo informal, la fragmentación de la organización sindical, el retroceso en la producción de ciertos servicios públicos -en función de las nuevas estrategias de desregulación- la privatización de empresas estatales y la apertura de la economía (Belmartino, 2001).

Stolkiner (1994) ha expresado respecto de la implementación de las políticas neoliberales, que las mismas estuvieron a cargo de dictaduras que anularon las formas de resistencia social por medio del terror de estado. Su continuidad, ya bajo las formas democráticas, mantuvo las formas directas o indirectas de coerción, debido a que la operatoria del terror trascendió los límites temporales de su aplicación, invisibilizándose en formas de aparente consenso pasivo o indiferencia y operando en las subjetividades y en los funcionamientos institucionales.

En la misma línea Sirvent (1998) ha planteado que la construcción de una compleja trama de representaciones sociales produjo un efecto inhibitorio de la participación real en las instituciones, con una historia de fractura de los movimientos sociales y del movimiento obrero, que repercutió en la fragmentación de la trama social y en la debilidad de una sociedad civil, que desmovilizada, sirvió de base a la implementación de las políticas de ajuste en el marco del modelo neoconservador. Estos procesos instalaron progresivamente un modo particular de pensar y teorizar sobre la realidad política e institucional que no sólo terminó inhabilitando las posibilidades de participar sino, lo que es mucho más grave, la posibilidad de reconocer la importancia y la necesidad de la participación.

Las sucesivas gestiones que ocuparon el gobierno en nuestro país, instalaron políticas públicas que en muchos casos no lograron efectivizar un mejoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía. La reinstauración del concepto de APS en este escenario, se asomó como una definición políticamente correcta que aún no logró reflejarse en políticas transformadoras tendientes a mejorar la equidad en salud.

Según Belmartino (2001), esta situación se produjo por la falta de crecimiento y/o mejoramiento concreto de los recursos afectados a solucionar los problemas de salud-enfermedad de la gente -ya sea a través de una mayor asignación presupuestaria o de un manejo más eficiente de los mismos-, ampliándose cada vez más la brecha de accesibilidad y de calidad de vida y salud, existente entre los sectores de la población beneficiados, en términos de cobertura, y los sectores con más vulnerabilidades y desprotección.

La cobertura del subsector público resultó ser relativa e insuficiente -con una población demandante que aumentó considerablemente- sin poder lograr desde las reformas que se intentaron llevar a cabo, la extensión de la cobertura y la garantía de accesibilidad de los sectores más vulnerables.

Estos sectores actualmente quedaron condenados a la falta de atención ó a una atención muy precarizada y sin un real acceso a los servicios de mayor

complejidad (Rovere, 2001). Como resultado, hoy en día existe una elevada concentración de recursos en algunos lugares, y gran desprotección en otros, mientras que los niveles de morbi-mortalidad señalan las dificultades de garantizar una adecuada atención sanitaria para la totalidad de la población (Bonazzola, Bagnasco y otros, 2010).

En los últimos años se vino apuntando a una mayor redistribución del ingreso, al desarrollo del mercado interno y, fundamentalmente, al resurgimiento de un estado regulador⁴. Otras medidas económicas y sociales mostraron resultados favorables en los determinantes, expresados en mejoras de las tasa de actividad económica, empleo y calidad del mismo, políticas antidiscriminatorias para inmigrantes y pueblos originarios, y subsidios de carácter progresivo y compensador (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

2. La Salud Mental

El incremento de las enfermedades mentales en los últimos años, no sólo ha contribuido a profundizar la situación de pobreza de las poblaciones sino que también aumentó el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles y la ocurrencia de lesiones no intencionales como intencionales, indicando con ello que los trastornos de salud mental, no constituyen un hecho aislable en la vida de las personas (OPS, 2009b).

Por eso, la necesidad de situar a los determinantes sociales como un eje vertebrador en el campo de la salud mental, sin el cual, se vería enormemente reducida la comprensión de estos fenómenos.

⁴ Estas tendencias se acompañan con los cambios en la región de América Latina donde gobiernos de corte progresista consideran la importancia geopolítica de la región, la redistribución del ingreso, el desarrollo de mercados internos y resurgimiento de estados reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía.

El término Salud Mental no tiene un sentido unívoco, bajo esa denominación se han aglutinado un conjunto de políticas y propuestas que expresaban desde la prevención -que retomaba los conceptos de la higiene mental de las primeras décadas del siglo XX- hasta las alternativas al dispositivo manicomial psiquiátrico, pasando por todo un abanico de propuestas modernizadoras de orden tecnocrático y normativo.

Es así como la salud mental ha representado tanto los movimientos de oposición a la psiquiatría como los dispositivos de control social y normalización de la vida cotidiana. A la vez, ha sido utilizado como término administrativo para nominar a los establecimientos asistenciales públicos y estatales, y, desde una perspectiva centrada en la salud, ha caracterizado un conjunto de valores referidos a la prevención y la educación.

A continuación se presentan algunas definiciones sobre la salud mental, que consideran la configuración de un campo ideológico, teórico, práctico y político de carácter sumamente heterogéneo, que incluye a sus actores y también a las transformaciones sociales, económicas y políticas por las que atraviesan en cada momento histórico determinado, y a su vez avanzan sobre el rol que juegan los determinantes sociales en las condiciones de salud mental de las poblaciones y las propuestas para hacer frente a semejantes desafíos.

Cohen y otros (1994) han planteado que *la salud mental implica recortar un campo complejo y heterogéneo, tanto en lo que respecta a sus problemáticas como en lo referente a sus actores sociales e institucionales. En el mismo (...) coexisten, antagonizan, se articulan y confunden ideologías sanitarias y sociales; disciplinas, escuelas y cuerpos teóricos; diversas propuestas técnicas, planes y programas; instituciones asistenciales, formativas, profesionales y administrativas; prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas y rehabilitadoras; un amplio conjunto de profesionales técnicos, agentes de salud, y otros trabajadores; un conjunto de problemáticas ligadas a la cotidianeidad y los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población, al éxito y al fracaso, al bienestar y al sufrimiento, a la salud y la enfermedad, a la vida y la muerte.*

Estos autores han destacado la existencia de un conjunto de lógicas que sustentan los distintos intereses que juegan en este campo y que comprenden la lógica de cada corporación -profesional, gremial, sindical, científica- la de la oferta y la demanda, la lógica tecnoburocrática de los aparatos administrativos y establecimientos y la de la participación que apunta a la constitución y recuperación de espacios colectivos.

Creen que para abordar el campo de la salud mental, es fundamental contribuir a producir y expandir estrategias que contrarresten las fuerzas de control social y exclusión -similares al mecanismo que sostiene y justifica el manicomio- que han recaído especialmente sobre algunos grupos que terminaron excluidos y transformados en objetos del saber económico, sanitario, sociológico o psicológico, habiéndoseles retirado o invalidado cualquier tipo de expresión propia o novedosa que pudiera marcar una diversidad o un conflicto en relación a los tipos de subjetividad que requerían los avances de las políticas de ajuste.

En este sentido rescatar las iniciativas de carácter autogestivo que permiten recuperar y constituir espacios colectivos de participación⁵ es esencial; de lo contrario, resultaría imposible para los sujetos, la recreación de una vida psíquica, de una temporalidad y un sentido, lo que los condenaría a la simple adaptación y a la idea de un futuro incapaz de reparar las injusticias del presente.

Stolkiner (1987), por su parte, definió a la 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*. Es una definición abierta que según la autora *debe cubrirse en cada circunstancia (funcionalmente), sujeta a tomas de posición, ideológicas y políticas*.

⁵ Estos autores realizan una suerte de crítica al psicoanálisis, considerando que el uso de argumentos psicoanalíticos ha contribuido a afirmar más el corpus teórico, que a iluminar la creación de procesos sociales novedosos de subjetivización.

Bajo la denominación de salud mental se han agrupado una serie bastante disímil de conductas y hechos, como el alcoholismo, las demencias, la depresión, etc., en los cuales se resaltaba la interrelación de lo biológico, lo social y lo histórico-subjetivo. Por eso esta autora ha considerado al campo de la salud mental, como un conjunto heterogéneo y contradictorio de prácticas sociales, donde las prácticas y sus actores están sometidos y son sujetos de los efectos de las actuales transformaciones económicas, sociales, y culturales.

Para ilustrar este proceso de interacción entre el individuo y su realidad explica que: *Lo económico es no solo inseparable de lo político, sino también de las minúsculas tramas de la cotidianeidad en que se particulariza lo genérico-social. No se trata de algo que influye en los sujetos sino que se entreteje en el texto de su configuración en la medida en que se imbrica en las representaciones sociales (las determina y a su vez es determinado por ellas).* (Stolkiner, 1994)

A partir de analizar los efectos de las políticas neoliberales sobre la organización social – que se manifiestan en las distintas formas de malestar subjetivo así como también en los perfiles epidemiológicos- cree necesaria una amplia revisión del modelo de atención y en particular de las prácticas, para que éstas se adecuen a las demandas potenciales o efectivas que se les dirigen.

En consonancia con estos planteos, E. Galende (1998) ha manifestado que la salud mental es una configuración estructural compleja, en la que la producción de conocimiento debería tener un carácter necesariamente interdisciplinario a fin de comprender que tanto la salud como la enfermedad mental son procesos de interacciones múltiples que integran diversas representaciones de la realidad y de la cultura.

En líneas generales, a partir de estas definiciones y conceptualizaciones de la salud mental, se visualiza la necesidad de transformar el modelo de atención, con la adecuación de los servicios de salud, la importancia de revisar

los modelos teóricos vigentes y las prácticas profesionales, y la inclusión de iniciativas que den lugar a espacios de participación social en las comunidades.

2.1 Los problemas y los servicios de salud en el escenario

Diversos artículos de aparición reciente han abordado la problemática de salud mental desde varias perspectivas que podrían esquematizarse de la siguiente manera:

- La identificación de la salud mental como una de las grandes problemáticas de salud actual a nivel mundial.
- La determinación de los problemas más relevantes.
- El diagnóstico de los sistemas de servicios de salud mental existentes, en particular de los recursos humanos y de sus deficiencias cuali y cuantitativas para dar respuestas adecuadas.

En relación a los primeros puntos, autores como Kohn et al (2004), han destacado que las alteraciones mentales son altamente prevalentes y causan considerable sufrimiento y carga de enfermedad. En uno de sus trabajos se examinó la magnitud de la llamada brecha de tratamiento, debido a la cual muchas personas permanecían sin tratar aunque existían terapéuticas efectivas. La brecha de tratamiento en esquizofrenia y otras psicosis no afectivas era del 32,2%; en la depresión alcanzaba el 56,3%; en la distimia, el 56%; en el trastorno bipolar, el 50.2%; en los trastornos de pánico, el 55.9%; los trastornos de ansiedad generalizada, el 57.5%; y los trastornos obsesivos compulsivos, el 57.3%. El abuso de alcohol mostraba la brecha más amplia, con un 78.1%.

Bruckner et al (2011) han señalado que las alteraciones mentales, neurológicas y por abuso de sustancias contabilizaban una proporción creciente en la carga global de morbilidad sumando un 14% de todas las muertes prematuras y años vividos con discapacidad a nivel mundial; y que las mismas habían generado altos costos en los sistemas de salud, conducentes a

la pérdida de productividad laboral y a la estigmatización de las personas. También destacaron que, aunque existían diversas estrategias costo efectivas para enfrentar esta problemática, la proporción de población que las recibía era baja, siendo la brecha de tratamiento especialmente amplia en los países de ingreso bajo y medio.

Kohn y Rodríguez (2009) por su parte, estudiaron la repercusión de los cambios en la estructura demográfica de la población en la carga de enfermedad, explicando que la modificación de los perfiles demográficos en las últimas décadas, a partir del fenómeno de la urbanización que concentró a la población en las grandes ciudades, parecía guardar alguna relación con el aumento de trastornos psiquiátricos frecuentes, entre los cuales se contaban los diversos estados de ansiedad. Este tipo de emigración del entorno rural hacia los medios urbanos, contribuyó sobre todo, a empeorar las condiciones de vida ya precarias, la inseguridad laboral, la falta de ocio y el aumento de la violencia, surgida a partir de las marcadas desigualdades e inequidades sociales (OPS, 2009b).

Otros autores expresaron respecto de este proceso de urbanización, que el mismo implicaba una menor vinculación entre los habitantes de la gran ciudad y menos posibilidades en la toma de decisiones sobre cuestiones que afectaban su calidad de vida. Los vínculos barriales y de vecindad, los vínculos familiares extensos, los gremiales y de participación política se fueron debilitando, apareciendo así una tendencia al abroquelamiento, donde los espacios públicos pasaron a vivirse como peligrosos y las relaciones interpersonales se reemplazaron por relaciones con máquinas y objetos (Stolkiner, 1994).

Entre los trastornos que más han afectado a la población adulta se encuentran la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia al alcohol. También existen algunos desafíos actuales como la atención a los grupos vulnerables, la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia; la conducta suicida; y el aumento de las diferentes modalidades de violencia OPS (2009b).

E. Galende (1992) por su parte ha señalado, que dado el panorama actual en nuestro país –configurado por las exigencias de las condiciones de vida social y cultural actuales que han fragilizado mayormente a los sujetos y se expresan en un aumento de síntomas psicosociales y diferentes formas de sufrimiento- es esperable un incremento de las patologías narcisistas como los trastornos del carácter, las perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicósomáticos, adicciones, violencia familiar, suicidios y depresiones, que desafían las modalidades establecidas de atención y cuidados de la salud mental.

La brecha de tratamiento en nuestro país es tan alta como en el resto de la región de Latinoamérica, estimándose que la misma se acentuará aún más debido a la transición epidemiológica y a los cambios en la composición poblacional. Un estudio nacional de reciente aparición (MSN, 2010a) estimó que en 2010, en la población de más de 15 años, el 21% sufriría algún trastorno mental, siendo el alcoholismo el que llevaba la punta con un 27,5% (sobre todo en hombres) y la depresión mayor con un 26,5% (mayormente en mujeres). Le seguían en orden de importancia los trastornos post traumáticos con un 7,4% y la ansiedad generalizada con un 6,4%, configurando un panorama donde la cantidad de personas afectadas era bastante alta.⁶

Frente a ello, tradicionalmente los servicios de salud mental se concentraron en la atención de los trastornos mentales y en particular de los trastornos neuropsiquiátricos y muy poco en la prevención y detección temprana de las patologías o de las situaciones que podían ocasionar las enfermedades.

A propósito de la inadecuación de los servicios de salud, algunos autores plantearon que ello se debía a la tendencia a patologizar o a atender la enfermedad: *Cuando las comunidades son absorbidas por las grandes corporaciones monopólicas pierden la referencia local, se despersonalizan sus referentes, disminuyen los recursos económicos colectivos, los individuos no*

⁶ En este estudio no se tomó en cuenta el número de personas que no recibieron atención ya que no se tuvo en cuenta la comorbilidad.

*pueden participar en las decisiones, perdiéndose niveles de participación en actividades comunitarias habituales y se debilitan las formas organizativas. Esto tiene impacto en los servicios de salud mental aumentando la asistencia a dichos servicios. Los servicios leen la demanda en **código de psicopatología convencional** o sea a partir de su oferta, esto los lleva a pensar en un aumento de la prevalencia de enfermedad cuando en realidad se trata de la erosión de los vínculos comunitarios (Stolkiner, 1994).⁷*

Esta tendencia, que no se ha logrado revertir, ha generado importantes preocupaciones en materia de atención, máxime teniendo en cuenta, el futuro aumento de la población con más riesgo de sufrir o padecer trastornos mentales en nuestra región (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009)⁸, y que la prevención, atención y rehabilitación de los mismos se han constituido en un problema cada vez mayor para la salud pública.

Con respecto a las prioridades establecidas por la OPS/OMS en relación a los servicios de salud y su modalidad de abordaje para cubrir la creciente brecha de atención en salud mental (OPS, 2009b), se han señalado como esenciales, la reestructuración de los servicios de salud mental en el marco de la APS, el establecimiento de redes integradas de servicios y el desarrollo de iniciativas intersectoriales de promoción de la salud mental. Asimismo se consideró la necesidad de formular y/o actualizar políticas, las cuales deberían propender al aumento del financiamiento y extensión de los programas y servicios de salud mental OPS (2009a).

La promoción de la salud mental⁹ como así también la prevención de los trastornos psíquicos, se han destacado como principios esenciales que

⁷ La negrita es nuestra.

⁸ Se calcula que entre 2005 y 2025, la población total de América Latina y el Caribe aumentará en un 23%, es decir de 558 a 688 millones de personas. Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrará en las personas de edad más avanzada acorde al proceso de envejecimiento de las poblaciones a nivel mundial: la población de 50 a 64 años aumentará un 76%, la de 65 años y más, un 100%, y, la población entre 15 y 49 años de edad, con el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará 19%.

⁹ La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que pone el acento en la protección de los atributos positivos de la salud mental, fomentando el estado de bienestar.

deberían guiar los procesos de reforma de los servicios, teniendo en cuenta las necesidades locales, las características culturales y étnicas de la población y los problemas sociales más relevantes, como ser la delincuencia, la violencia y la salud mental de los grupos vulnerables (lactantes, pueblos indígenas y otras minorías étnicas y personas recluidas en cárceles).

En línea con estas recomendaciones, en algunos países industrializados ya se produjo una reorientación de los servicios hacia la detección de los problemas en los servicios de atención primaria, con la creación de programas de medicina conductual, a partir de estudios transversales que mostraron la importancia de la capacitación a todos los niveles y de la inclusión de otros actores en la salud mental, como el médico general (OPS, 2009b).

A propósito de estos cambios vale la pena comentar el caso de México, donde se implementó un programa de salud mental en el marco de la APS con la particularidad de no haber incluido psicólogos. El problema más importante que encontraron respecto de la integración de estos profesionales, es que no se logró interesarlos en participar del trabajo con la comunidad. Esta dificultad llevó a trabajar en la formación de personas –llamados grupólogos u orientadores de grupo- que pudieran abordar el trabajo terapéutico grupal con la comunidad sin poseer el título de psicólogo (Villamil et al, 2006).

En nuestro país se ha considerado que el desarrollo de los cuidados de salud mental en los servicios de atención primaria de la salud, la existencia de servicios en hospitales generales con camas para internaciones breves y la implementación de la nueva relación jurídica que establece la reciente Ley 26.657 de Salud Mental (B.O. 32.041 del 3/12/2010) entre el Estado y las personas con trastorno mental, hacen necesaria una revisión de las prácticas profesionales, las cuales deberían basarse en la participación, la preservación de los derechos humanos y el respeto de la dignidad de las personas bajo tratamiento (Galende, 2011).

Esta cuestión también fue señalada por estudios realizados en distintos países de América Latina¹⁰ revelando que los sujetos, han pasado cada vez más frecuentemente de una sintomatología a otra dependiendo de la modificación de su inserción vital, obligando a una consideración de las entidades nosográficas y sus explicaciones clásicas, así como a revisiones teóricas para ajustar las herramientas a las problemáticas tal como se presentan.

De los elementos desarrollados hasta ahora en el marco teórico, surge en síntesis, que:

- Los problemas de salud y el perfil epidemiológico actual en el mundo y en nuestro país, han incrementado su complejidad así como la incertidumbre sobre el abordaje eficaz de los mismos.
- Hay un reconocimiento generalizado sobre el rol clave de los determinantes sociales en la prevalencia de los problemas; así como en la distribución desigual de estos últimos en perjuicio de los más pobres.
- Los resultados de los sistemas de atención de salud han sido muy limitados en la búsqueda de equidad; no sólo en los modelos prestacionales más clásicos, basados en un enfoque medicalizado; sino también en los modelos orientados a la transformación, como los basados en la estrategia de APS.
- La salud mental comparte en un lugar central los conceptos anteriores, tanto por la prevalencia y complejidad de sus problemas, como por el impacto sólo parcial que el desarrollo de nuevos dispositivos y prácticas ha producido en la realidad.
- La capacitación se ha considerado uno de los principales instrumentos de cambio, y es importante profundizar el análisis de las experiencias realizadas.

¹⁰ Como México y Chile. Stolkiner, A. (1994): Tiempos "posmodernos: ajuste y salud mental. En Políticas en Salud Mental. Obra citada.

De todo lo dicho, la desigualdad manifestada sobre la situación de los grupos vulnerables, es un tema que debe ser especialmente abordado en el campo de salud, por lo que se efectúa a continuación un análisis de los mismos y de la situación en que se encuentra la capacitación profesional en relación a problemas como los de la niñez, la violencia y las adicciones.

2.2 Problemas de salud mental en grupos vulnerables

2.2.1 Sobre algunos trastornos de la población infantil

Este tipo de problemáticas en la niñez ha sido definida como uno de los desafíos que los servicios de salud ya vienen afrontando con poco éxito en sus intervenciones y que deberán seguir enfrentando dado el panorama futuro respecto de la salud en general y de la salud mental.

Los niños constituyen un grupo poblacional vulnerable por constituir la población más afectada, en primer término por el momento que atraviesa su constitución subjetiva, y también por los cambios en el contexto socio económico y el impacto de acontecimientos significativos sobre la calidad y estilos de vida de su entorno familiar y comunitario.

El peso que adquieren los determinantes sociales como factores claramente asociados con la sintomatología infantil, está sustentado en estudios -como el llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Nación en convenio con algunas universidades en 2010- donde se ha comprobado la asociación entre variables como el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción de los padres, el nivel de hacinamiento, la repitencia escolar y el tipo de grupo familiar (MSN, 2010c).¹¹

¹¹ Se trata de una investigación epidemiológica sobre la situación de la salud mental de la población argentina con la finalidad de obtener información que permita reformular las políticas sanitarias integrales orientadas a promover la salud y a prevenir los problemas que puedan limitar el despliegue de las capacidades de las poblaciones. La unidad de análisis fueron los niños escolarizados de 6 a 12 años, residentes en 8 centros urbanos, entre los que se encuentra La Plata. En este estudio participaron varias universidades del país entre ellas la UNLP.

Se examinarán particularmente algunas cuestiones vinculadas a los llamados trastornos de aprendizaje, por constituir uno de los hallazgos de la investigación en uno de los grupos estudiados.

Según Gavilán et al (2006), la vulnerabilidad psicosocial puede tener múltiples formas, desde la fragilidad o indefensión ante cambios y dificultades en el entorno, pasando por el desamparo institucional, hasta la inseguridad por estructura personal y el escaso desarrollo de recursos internos generados por situaciones desfavorables.

Existen dos situaciones a tener en cuenta y que son de fundamental importancia en cuanto a su prevención y detección tempranas, así como también la atención y rehabilitación de las mismas: la de los vulnerados y de los vulnerables.

Los vulnerados, son quienes ya sufren una carencia afectiva que imposibilita el sostenimiento y desarrollo actual presentando una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad. Su situación se asimila a las condiciones de pobreza, marginalidad y exclusión. Los vulnerables, son aquellos en los que el deterioro de su calidad de vida, la precariedad de estrategias internas y el descuido no están definitivamente materializados, apareciendo como situaciones que tienen una alta probabilidad de suceder en el futuro cercano, en función de las condiciones de fragilidad existentes.

En el mismo sentido Levín (1998), sostiene la necesidad e importancia de implementar desde la políticas sociales, líneas de acción direccionadas hacia las zonas de exclusión, ya que la misma es el resultado final de un proceso que comienza como una situación de vulnerabilidad y cuando ésta no puede revertirse, termina en situaciones extremas que implican la pérdida del empleo y la desafiliación. Por ello, es esencial reforzar preventivamente las etapas que anteceden a la exclusión apuntando a la vulnerabilidad social, es decir a aquellas situaciones donde reina la inestabilidad por excelencia, la precarización del empleo y la fragilidad en los soportes relacionales más próximos.

La institución escolar tiene un papel por demás importante en la configuración de la personalidad de los/as niños/as que trasciende su función formativa, especialmente en poblaciones marginadas y de bajos recursos (Slapak et al, 1998). Constituye un articulador entre la estructura familiar primaria y la incorporación de la estructura social, debiendo por ello compensar las carencias referidas a la falta de contención afectiva y otras necesidades básicas¹².

A partir de la asociación entre los niveles de sintomatología y el nivel de repitencia escolar encontrada en el estudio citado anteriormente, se sugiere tener en cuenta el impacto de los problemas psicológicos sobre el desempeño escolar, así como también las tempranas señales de alarma respecto de la salud mental infantil en el ámbito educativo, en los casos que se observan problemas en el aprendizaje.

En general los servicios de salud que trabajan con niños, suelen tener algunas deficiencias importantes como la baja cobertura y la presencia de barreras de tipo físico, temporal y psico-socio-cultural, que obstaculizan y muchas veces impiden, el acceso de este sector de la población a la atención sanitaria.

Como ejemplo de esta situación, otros estudios realizados sobre la población infantil en nuestro país, han demostrado que el 76% de las consultas por la salud de los niños se realizan al pediatra, y que las consultas al psicólogo/a son bastante menores, tan solo un 11%.¹³ La baja frecuencia de dichas consultas estaría demostrando que éste profesional debería integrarse a través de modalidades de trabajo interdisciplinarias, al resto de los profesionales que actúan en el primer nivel de atención en el marco de la APS.

¹² Las necesidades vitales son el aire, el agua, los alimentos, el abrigo, el afecto y la asociatividad. En cambio las necesidades básicas refieren al saneamiento, la vivienda, educación, salud, trabajo, ingreso y recreación.

¹³ Datos provenientes de otros estudios, utilizados en la Investigación sobre salud mental en la infancia ya citada.

Todos estos hallazgos indican que una gran parte de los problemas que afectan la salud mental de los/as niños/as deben poder detectarse tempranamente a fin de ser atendidos en toda su magnitud. Por ello es importante que los profesionales focalicen su atención en los grupos específicos que concurren a los servicios, en los casos menos severos y sobre todo en aquellos que no llegan a la consulta.

En este contexto adquiere relevancia la formación profesional, pues se considera necesaria la reorientación de las currículas, tanto de la formación de grado como de posgrado, en pos de lograr un mejor impacto sobre el tipo y calidad de la atención (MSN, 2010c).

2.2.2 La Violencia contra la mujer

La violencia basada en el género es un abuso contra los derechos humanos y actualmente uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a una de cada tres mujeres.

Las diversas construcciones culturales transversales a todas las clases sociales, etnias y religiones en todos los países, han fundado un modelo patriarcal que ha sostenido las innumerables formas de la violencia de género y las violaciones a los derechos de las mujeres.

En la segunda mitad de los años ´80, comenzó a develarse en nuestro país, este grave problema social y sanitario, a pesar de los prejuicios y de la tolerancia social e institucional que aún hoy existen. Desde aquel momento, instituciones, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores/as de diversos campos, medios de comunicación y universidades, se comprometieron a desarrollar contenidos y a generar todo tipo de recursos para abordar el problema.

Siendo entonces una manifestación de la desigualdad vinculada al género -impuesta a las mujeres debido a su histórica posición de subordinación

en la sociedad patriarcal- sus consecuencias negativas son intensas y duraderas en el tiempo, afectando tanto la salud física como mental y con repercusiones que alteran el desarrollo social de los/as niños/as, de las familias, de las comunidades y de la sociedad en general.

Si bien la violencia no constituye en si un trastorno psiquiátrico, es una gran preocupación, sea cual fuere su modalidad, para los servicios de salud mental, ocupando en la región de América Latina, el tercer lugar a nivel general (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009).

Se la ha definido como: *El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones* (OPS, 2003).

En un estudio realizado en países en los cuales existe información sobre la violencia de género, se comprobó que un gran porcentaje de las mujeres del grupo etáreo de 15 a 49 años sufrieron violencia física, y en un porcentaje menor, fueron víctimas de violencia sexual por parte de su pareja, con repercusiones negativas para su salud física y mental (OPS, 2009b).

Las consecuencias que la violencia tiene en la salud han sido asociadas a los riesgos y problemas de la salud sexual y reproductiva, con enfermedades crónicas, también consecuencias psicológicas, todo tipo de lesiones y hasta la muerte, implicando todo ello un elevado costo tanto en la esfera económica como social (OPS, 2003) (ONU, 2009).

Con respecto a las consecuencias en la salud mental, se ha observado que en la mayoría de las mujeres los efectos psicológicos son más extendidos y catastróficos que los físicos. Desde hace tiempo se han señalado con preocupación las altas tasas de depresión en las mujeres reconociendo que la violencia contribuía a ese aumento (OMS, 2001).

Se ha comprobado, a través de diferentes estudios citados en los informes de organismos internacionales¹⁴ así como los estudios realizados por las organizaciones de mujeres, que el maltrato y los diferentes abusos sostenidos en el tiempo, terminan minando la resistencia de la mujer y tornándola sumamente vulnerable al riesgo de padecer otros trastornos como el trastorno por estrés postraumático, insomnio y dificultades para conciliar el sueño, diversos trastornos alimentarios, intenso sufrimiento emocional, intentos de suicidio y suicidios consumados, consumo de alcohol y de drogas.

En el caso de los/as niños/as que pertenecen a familias en las que existe violencia, presentan una alta probabilidad de sufrir trastornos conductuales y emocionales, que a su vez pueden asociarse a la comisión o padecimiento de actos de violencia en su vida de adultos.

Existe un amplio consenso entre los organismos internacionales y nacionales¹⁵ respecto de la necesidad de brindar respuestas adecuadas y más eficaces para prevenir, atender y mitigar las consecuencias esta problemática por parte de los distintos sectores involucrados como, justicia, seguridad, desarrollo social, las ONG, y también el sector salud.

Por ello, los objetivos de mayor importancia son la sensibilización y la formación de los/as trabajadores y decisores de los servicios de salud así como también la conformación de una respuesta multisectorial para su prevención y abordaje integral.

En este sentido, se han considerado de suma importancia las estrategias de prevención primaria. En el caso de la violencia en la pareja se han implementado programas escolares de prevención en las relaciones de noviazgo entre los/as adolescentes, que han probado ser eficaces en prevenir el problema en sus inicios. Otras estrategias de prevención que se destacaron son las que han combinado la microfinanciación con la formación en materia de

¹⁴ Entre los más destacados se encuentran OPS, OMS, UNIFEM, CEPAL y más recientemente ONU MUJER.

¹⁵ Por ejemplo el Consejo Nacional de las Mujeres y los Consejos Provinciales.

igualdad de género; o bien las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la comunidad; las que reducen el acceso al alcohol y su consumo nocivo, y las que tratan de modificar las normas culturales de género (OMS, 2011b).

2.2.2.1 Contexto provincial

En la provincia de Buenos Aires existe la Ley de Protección contra la Violencia Familiar N°12569 (BOPBA del 2/1/2001). A partir de esta legislación se creó en el año 2007, un programa de prevención de la violencia de género y de atención a las víctimas¹⁶ en el ámbito de MSPBA.

Recientemente se cuenta con una legislación de carácter nacional, la ley N°26.485 (BO 31.632 del 14/4/2009) que alcanza los distintos tipos y modalidades de la violencia basada en género, instando a un accionar intersectorial efectivo para erradicar el problema.

Dicho programa monitorea y registra la cantidad de situaciones que ingresan al sistema de salud a través de todos sus efectores en todos los niveles de atención; capacita in-situ o través de una plataforma virtual -con materiales elaborados especialmente para ello, algunos específicamente diseñados para el primer nivel de atención- a todos/as los/as trabajadores¹⁷ en la temática; trabaja en pos de mejorar la red interna de servicios de salud a nivel de las regiones sanitarias; y también participa de dispositivos intersectoriales que apuntan a optimizar los recursos disponibles a nivel de los distintos sectores involucrados en su abordaje.

La capacitación al personal de salud se basa en instalar un modelo de atención integral, con acceso y de calidad, para las mujeres, niños/as que sufren violencia, en el marco de un accionar interdisciplinario. Para ello se

¹⁶ Programa Provincial de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar y de Género-Área de Políticas de Género-Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

¹⁷ A partir del año 2012 se incluyen profesionales de todas las especialidades, que realizan formación de posgrado a través de residencias, por considerar necesaria la formación en violencia de género.

intenta establecer también un modelo de gestión en red que optimice el trabajo intersectorial y propicie la participación de la comunidad a través del trabajo con promotores comunitarios, organizaciones no gubernamentales y movimientos de mujeres.

Las jornadas de capacitación han convocado hasta el momento, a todos/as los/as trabajadores de salud y también a otros/as actores del escenario local, constatándose en lo referido a salud, una presencia mayoritaria de profesiones no médicas entre las que se encuentran los/as psicólogos/as.

Cabe destacar que la capacitación en este tipo de temas no es nueva, sin embargo es relativamente reciente su extensión a todos/as los/as trabajadores del sector bajo los principios mencionados, lo que implica un avance muy importante teniendo en cuenta que para su detección y tratamiento, se requieren elementos conceptuales y prácticos tanto en lo referido a la comprensión de las víctimas como también para la instalación de modalidades de trabajo interdisciplinario e intersectorial.

2.2.3 El uso de alcohol y otras sustancias

El término “abuso de sustancias” se refiere a todas las sustancias psicoactivas, independientemente de su condición legal, tales como alcohol, drogas ilícitas y psicotrópicos usados para fines no médicos. Éstos constituyen problemas cada vez mayores con una brecha de tratamiento bastante importante.¹⁸ Sin embargo, se ha constatado que los servicios públicos aún no logran adecuarse para afrontar dicha situación (OPS, 2009b).

Las particularidades que presentan este tipo de cuadros, refieren no solo a las consecuencias directas de la intoxicación sobre el propio organismo del consumidor sino también a las consecuencias que dicho consumo tiene, como los accidentes, los hechos de violencia y hasta la muerte.

¹⁸ Se calcula que más de 30 millones de personas cumplieron los criterios de diagnóstico de trastornos por el consumo de alcohol en América Latina y el Caribe, de las cuales 75% no recibieron ningún tipo de atención.

Entre los 26 factores de riesgo evaluados en la Región de las Américas en el año 2000, el uso de alcohol fue la principal causa de morbilidad. A su vez entre las principales causas de *años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)* en América Latina y el Caribe, los trastornos por consumo de alcohol ocupaban el cuarto lugar. El número más alto de AVAD debido a trastornos causados por el consumo de alcohol se registró en Argentina con un 7,3% (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009).

En el caso de la asociación entre alcohol y violencia, que también se encontraba entre las causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe, se determinó que la *fracción o el porcentaje de riesgo atribuible a la población (FAP)*¹⁹ de alcohol alcanzaba un 33%.

Existen dos aspectos del consumo de alcohol que se vinculan con la carga de morbilidad: el volumen medio de consumo, o consumo per cápita²⁰, y los patrones de consumo²¹. En relación al consumo per cápita, el valor medio ponderado para la población de América es de 8,9 litros de alcohol, valor que está muy por encima del promedio mundial que es de 5,8 litros per cápita.

Esto configura un escenario de gravedad en relación a la problemática, ya que se traduce en problemas agudos de salud, como las lesiones intencionales y no intencionales, los homicidios, accidentes de tránsito, violencia, ahogamientos y suicidios. Una parte importante de la población que sufre trastornos por consumo de alcohol, en particular la dependencia, tiene problemas de salud crónicos que resultan en un alto valor del número de *años de vida perdidos por discapacidad (AVPD)* y que representan más de 50% del total de la carga de enfermedad relacionada con el alcohol.

¹⁹ El FAP permite calcular la reducción proporcional de las enfermedades o las muertes que ocurrirían si se disminuyera la exposición al riesgo y puede comprender de 0% a 100%.

²⁰ El volumen medio, se relaciona principalmente con las consecuencias a largo plazo para la salud, en particular el alcoholismo. Si bien el volumen medio también se relaciona con consecuencias agudas, como las lesiones, varios estudios indican que la capacidad de predecir tales lesiones aumenta al tomar en cuenta los patrones de consumo de bebidas alcohólicas.

²¹ El patrón de consumo, es decir cómo, cuándo y cuánto se bebe, está también relacionado con enfermedades crónicas como la cardiopatía coronaria y la muerte súbita de origen cardíaco.

En relación a otras sustancias, en el informe de la OMS de 2004 se define el “consumo problemático de drogas” adoptando la definición elaborada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías que lo describe como el “consumo de drogas inyectables o consumo por un tiempo prolongado o sistemático de opiáceos, cocaína o anfetaminas”.

En América, el consumo de drogas ilícitas fue clasificado en el año 2000 como el octavo factor principal de riesgo, en términos de AVAD. En este caso se conoce muy poco sobre los efectos nocivos sobre la salud que ocasiona este consumo (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009). A su vez la carga de enfermedad resultante del consumo también es difícil de cuantificar y es posible que esté siendo subestimada.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas, estas limitaciones se relacionan con que la mayor parte de los países no poseen sistemas de monitoreo para la producción de datos confiables, integrales e internacionalmente comparables.

A pesar que se han puesto en funcionamiento algunos programas de reducción de daños para poner un freno a la epidemia de infección por el VIH, no se conocen todavía las necesidades de servicios de las personas con dependencia de sustancias y uso problemático de drogas, siendo como se dijo al principio, la respuesta de tratamiento por parte de los sistemas sanitarios, inadecuada y con niveles muy bajos de cobertura.

En nuestro país, las adicciones en general se han incrementado y la edad de inicio es cada vez más temprana; también ha aumentado el consumo en mujeres. Dicha situación suele asociarse según algunos estudios a situaciones de desempleo o subempleo ya que quien consume se encuentra en una situación de vulnerabilidad que se asocia a la vulnerabilidad relacional y la imposibilidad de construir proyectos que sostengan las distintas situaciones vitales. Esto es aún más grave en poblaciones jóvenes donde la falta de posibilidades para construir una perspectiva de futuro y espacios de

participación social se asocia a la búsqueda de circuitos sustitutivos a través de las sustancias (Cohen y otros, 1994).

2.2.3.1 Contexto provincial

En la provincia de Buenos Aires, la mayor cantidad de consultas por las denominadas drogas de abuso está liderada por el alcohol. Las consultas de emergencia por intoxicaciones alcohólicas superan el 40 por ciento. La segunda sustancia de abuso que origina la consulta en la emergencia es la cocaína. Bastante más atrás vienen otras sustancias como la marihuana y las metanfetaminas como el éxtasis y los pegamentos.²²

Estas problemáticas ponen al profesional de la salud ante un cuadro, para el que en muchos casos no se encuentra capacitado para actuar.

Recientemente se la lanzado desde el MSPBA, un programa provincial de capacitación²³ para el personal de salud donde se busca que el profesional pueda trascender el ámbito de la atención clínica del paciente potenciando la capacidad instalada de atención en materia de adicciones, al generar la posibilidad de realizar la desintoxicación propicia en los centros sanitarios, y que la persona pueda continuar luego su tratamiento específico en los Centros Provinciales de Atención (CPA).

Estos centros son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación de las adicciones. Existen 17 centros en toda la provincia de los cuales diez funcionan en La Plata y cuatro en Berisso. Trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social.

²² Datos de la entrevista realizada a La Doctora Ana María Girardelli, Jefa de Toxicología del Hospital de Intersosial Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de ciudad de La Plata. Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/girardelli.pdf>

²³ Se refiere a los Centros Provinciales de Atención (CPA). Entrevista al actual Subsecretario de Adicciones del ministerio de salud de la Provincia de Buenos aires, Dr. Sanguinetti. Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar/prensa/noticia.php?idnoticia=21609>

Por ejemplo, en Berisso, profesionales dependientes del CPA realizan su tarea descentralizadamente en algunos Centros de Salud. Sin embargo su trabajo es bastante puntual en lo que refiere a la atención psicoterapéutica de personas con problemas de adicción existiendo poco trabajo de articulación con los otros profesionales del establecimiento que también detectan este tipo de problemas.

3. Salud mental en el marco de la APS

Las iniciativas tendientes a la transformación de los servicios de salud mental, han reconocido la importancia de la APS para el logro de los cambios en el modelo de atención. En este contexto, los servicios sanitarios - históricamente de corte asistencialista y poco centrados en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud mental de los individuos y las poblaciones- necesitan adecuarse a sus principios para lograr dar respuestas más integrales a los requerimientos actuales, ya que aún no se han visto los frutos esperados para el presente y para el futuro que se avecina.

A principios de la década del '90, la OMS se reunió en Ginebra para trabajar los lineamientos generales que mejorarían la incorporación de la atención de la salud mental en los programas nacionales de salud, adoptando medidas prácticas para integrarla como un componente en la atención primaria.

En la misma época, la Declaración de Caracas²⁴ propuso la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud ligada a la APS, promoviendo modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales de las personas bajo atención en el sistema público. Esencialmente se planteaba que la atención psiquiátrica tradicional no había permitido alcanzar los objetivos compatibles con la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Por ello, la referencia a la estrategia de APS -que también fue

²⁴ La reunión se realizó en noviembre de 1990, en la ciudad de Caracas, Venezuela.

adoptada por la OMS y la OPS- y a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para facilitar el logro de la meta de Salud para todos en el año 2000. Los programas de Salud Mental y Psiquiatría debían adaptarse a estos principios a la vez que la capacitación del personal debía encaminarse en ese sentido.

En el año 2005, se realizó en Brasilia²⁵ una reunión convocada por la OPS, OMS y el Ministerio de la República Federativa de Brasil, con el objetivo de reformar los servicios de salud mental a 15 años de la reunión de Caracas. En esta reunión se reafirmó la declaración anterior, así como los avances en la reforma de la atención psiquiátrica promulgados por ésta. Al respecto se destacaron las experiencias exitosas en Brasil, Chile, México y Cuba, en relación a atención psiquiátrica y las experiencias de Belice, Jamaica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá referidas principalmente a la descentralización del sistema de salud mental, la atención de grupos vulnerables, y el rol de las enfermeras en la atención de la salud mental.

No obstante, la impronta de la reforma de los servicios destinados a enfermos mentales aún seguía siendo muy fuerte, ya que se reiteraron las mismas cuestiones que en la Declaración de Caracas haciendo sólo una breve mención -en carácter de advertencia- a la existencia de ciertos desafíos que los servicios debían enfrentar y que en los 15 años posteriores a la reunión de Caracas, se hecho cada vez más evidentes: la vulnerabilidad social, incluidas las poblaciones indígenas, las consecuencias de la urbanización desordenada, la mortalidad y la problemática psicosocial en la niñez y adolescencia, las conductas suicidas, el abuso de alcohol y la violencia.

Hace menos de dos años, se convocó -organizada por la OMS-OPS- otra conferencia regional de salud mental²⁶ teniendo en cuenta la Declaración de Caracas y la advertencia sobre los nuevos desafíos lanzada en Brasilia. En esa ocasión se convalidó el Plan de Acción Global de Salud Mental de la OMS

²⁵ Esta reunión se conoce como los Principios de Brasilia, aludiendo a los Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Se realizó en noviembre de 2005 en Brasilia, Brasil.

²⁶ Conferencia Regional de Salud Mental "20 años después de la Declaración de Caracas". Octubre 2010-Panamá.

para la reducción de la brecha en la atención de trastornos mentales, neurológicos y relacionados con abuso de sustancias.²⁷

Esencialmente se analizó lo ocurrido desde el '90 a esa fecha, planteándose que todavía existían limitaciones para la implementación de políticas y planes de salud mental orientados a la APS y que la hegemonía del hospital psiquiátrico seguía siendo una cuestión difícil de superar a pesar de los esfuerzos y apoyos en el sentido contrario.

En esta reunión, se volvió a reiterar la APS en pos de erradicar el sistema manicomial en la próxima década, reconociendo los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental; instando a continuar identificando los desafíos actuales y emergentes ya mencionados en la conferencia anterior.

En los lineamientos propuestos por la OMS, continuó la insistencia en la creación de programas de salud mental que incluyeran procedimientos de baja complejidad, extendidos a trabajadores no especializados de la salud y de otros sectores, con una planificación presupuestaria, una asignación de recursos adecuada y un buen aprovechamiento de los recursos locales existentes. Es decir, personal con formación adecuada y un buen suministro de medicamentos esenciales.

Cobraron protagonismo en este contexto, la producción de datos epidemiológicos sobre salud mental como la prevalencia e incidencia de casos mentales, la información sobre el número total de pacientes, sus diagnósticos, las derivaciones a otros niveles, si recibían o no la atención adecuada, la frecuencia de administración y las dosis exactas de medicación, etc. Por otra parte se definió la importancia de promover la participación comunitaria y la autoresponsabilización por la propia salud, con base en los principios de la declaración de Alma Ata.

²⁷ Se mencionaron como hitos importantes la Estrategia y Plan de acción Regional en Salud Mental de la OPS-OMS de 2009, la Estrategia Global para la reducción del consumo nocivo de alcohol de la OMS de 2010 y la Estrategia Regional sobre uso de sustancias y salud pública de la OMS de 2010. Estos documentos de la OMS- OPS plantean la aplicación de paquetes básicos de intervención en los servicios de salud basados en la APS.

En algunos países de Latinoamérica, como Brasil (Fagundes, 1993) y Nicaragua (Berman, 1987), se produjeron reestructuraciones muy importantes del sistema de salud en general y también en el campo de la salud mental, tanto en lo referido a la organización de los servicios de salud como a la formación de los trabajadores, las prácticas y la concepción de salud.

Merece destacarse en estas iniciativas, la consideración de la participación social como el indicador de salud mental por excelencia y la importancia del cambio en la formación de los profesionales y trabajadores hacia concepciones más participativas e integrales posibilitando la instalación de un modelo de atención y prácticas diferentes a las tradicionales.

En esta misma línea, otros autores identificaron que uno de los principales problemas que condicionaban la atención de la salud mental en la atención primaria, se circunscribía al ámbito de la formación profesional, donde los servicios de salud no poseían recursos humanos debidamente capacitados -tanto en el número como en calidad- existiendo una mala distribución de los mismos y cuyo sistema formativo dependía demasiado de esquemas académicos tradicionales, desconectados de las formas que las comunidades tenían de identificarse con los problemas mentales (Frankel, 1993).

La excesiva centralización y extrema especialización en las prácticas aparecieron como factores que imponían limitaciones, existiendo como resultado una brecha entre los equipos y las comunidades, donde no aprovechaba el potencial que las mismas tenían.

A pesar de la creación de algunos programas de salud mental basados en la APS, éstos no se apoyaron suficientemente en saberes, concepciones o redes sociales de organización local. En general estos programas propiciaron una participación social con acento en la prevención y rehabilitación que tendió irremediabilmente al control social y a la iatrogenia más que a generar una acción participativa global.

Los desafíos que aún continúan vigentes apuntan a la integración de las ciencias sociales para lograr definir prácticas y determinaciones históricas del psiquismo humano con nuevos profesionales y prácticas, a potenciar el uso de recursos no convencionales para la construcción de proyectos que satisfagan las reales necesidades, y a la promoción de prácticas autogestivas y redes solidarias.

3.1 El contexto nacional

Nuestro país contaba hasta la década del '60, con un modelo de atención psiquiátrica basado en una red de colonias de rehabilitación para enfermos mentales ubicadas en las áreas rurales, y un conjunto de Hospitales Psiquiátricos en varias de las capitales provinciales: *La hegemonía de la psiquiatría clásica era total en estos servicios y la cronificación habitual de los pacientes era asumida como propia del carácter de la enfermedad mental* (Galende, 2011).

A partir de las críticas al sistema de la psiquiatría asilar y las denuncias de las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos, se estableció una comisión nacional que asesoraba al gobierno en materia de salud mental. Esta comisión dio impulso, entre otras cuestiones, a las jornadas nacionales de salud mental, que poco a poco fue incluyendo a los psiquiatras y a los primeros psicólogos graduados el año '63.

Eran tiempos de intenso movimiento para la salud mental. Con la creación de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), se dio inicio a los primeros congresos argentinos de psiquiatría, a los que luego se unió la Confederación de Psicólogos de la República Argentina; se creó el primer Programa de Salud Mental en la CABA con dos Centros de Salud Mental y varios Servicios en Hospitales Generales.

Estos sectores desarrollaron una crítica importante del sistema asilar y formaron organizaciones interdisciplinarias, dando comienzo en la década del '70 a una significativa reforma de la atención en la salud mental en el país.

Ya en época de la dictadura militar, se dismantelaron estas importantes iniciativas en favor de la hegemonía asilar en los servicios de Hospitales Psiquiátricos y Colonias.

Con el retorno de la democracia, el gobierno creó la Dirección Nacional de Salud Mental, que fundó direcciones en casi todas las provincias e implementó una residencia interdisciplinaria en salud mental²⁸ (R.I.Sa.M.) en algunas provincias como Entre Ríos, Córdoba, Salta, Chubut, CABA, entre otras, que formó profesionales que retomaron el camino de la reforma de la atención psiquiátrica.

Paralelamente en la Provincia de Río Negro comenzaba la implementación del programa de Salud Mental, una experiencia que dio muestras de que la transformación del modelo de atención de los manicomios era posible y que se podía sostener a lo largo del tiempo.

La ley de Salud Mental de la Provincia de Río Negro de 1991 constituyó uno de los antecedentes normativos más importantes en este sentido. Esta ley se orientó fundamentalmente al tratamiento de los padecimientos mentales graves, a la desmanicomialización y a garantizar los derechos de los pacientes, incluyendo la idea de dispositivos adaptables a las necesidades de cada persona y a su lugar de residencia, con la concepción de una articulación intersectorial.

²⁸ La creación de las R.I.Sa.M. se inscribió como una de las estrategias de formación y capacitación de recursos humanos en salud, que contribuían a la transformación del modelo asilar de atención desde el eje hegemónico enfermedad-hospital, hacia uno apoyado en el eje salud-comunidad, a través de prácticas interdisciplinarias que contemplaban la complejidad de las problemáticas de salud mental, facilitando la resolución de los problemas en el ámbito comunitario, en articulación con otras instituciones, priorizando los abordajes ambulatorios, entendiendo como parte importante del proceso de atención la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral del paciente, sosteniéndose en una concepción integral y dinámica de la salud mental. <http://www.cmdo.gov.ar/risam.html>

A partir de allí hubo algunos avances, y en varios de los hospitales psiquiátricos se implementaron programas de externación de pacientes. A su vez se instituyeron criterios tales como la interdisciplina y la integración de la comunidad para la atención y cuidado de los pacientes.

Finalmente, los desarrollos en salud mental tanto en el país como en América Latina y las diversas experiencias de reforma de los sistemas de atención psiquiátrica en varios países, lograron generar algunos consensos sobre los nuevos criterios para llevar adelante los cuidados en la salud mental.

El cierre progresivo de algunos manicomios y el acento puesto más en las estrategias de prevención y la integración de las acciones en el marco de la APS con la participación de la comunidad, permitieron establecer ciertos valores y principios –como las acciones intersectoriales con criterios multidisciplinares de las distintas instituciones, incluidas las barriales, y la participación de la comunidad en los cuidados de su salud y su vida- que orientan hoy en día las políticas y las acciones.

En este sentido la ley nacional N° 25421 (BO 29.640)²⁹, logró un avance al intentar regular la atención en salud mental de los llamados grupos más desfavorecidos. Desde este marco se entendió a la atención primaria como un campo donde debían implantarse procedimientos de baja complejidad, planteando que la participación social era uno de los atributos a promover en dichas poblaciones. Sin embargo, esta legislación se orientó con mayor énfasis a la prevención de la enfermedad que a la promoción de la salud.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación³⁰, creada hace dos años, expresó desde un principio la preocupación

²⁹ Esta ley fue aprobada en el 2001, 11 años después de la reunión de Ginebra de la OMS y reproduce exactamente los lineamientos sugeridos por el documento de la OMS.

³⁰ La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones fue dispuesta el 7 de abril de 2010, mediante el decreto 457/2010, en el que se mencionaba “la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones”. La responsabilidad primaria del organismo sería “promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales ordenadas, según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de salud mental y de las adicciones, articulen los diferentes niveles y

por la prevención, atención y la rehabilitación de las personas que padecían trastornos mentales, manifestando en base al Programa de Acción Global de la OMS (mhGAP) que los servicios de atención primaria debían contar datos epidemiológicos en salud mental, y orientarse tanto a la atención de las patologías más prevalentes como el alcoholismo y la depresión como a prevenir las enfermedades crónicas.

Pese a que los lineamientos del programa de la OMS no planteaban explícitamente que la atención debía centrarse exclusivamente en los casos con padecimientos mentales graves, es notable como esta línea de acción prevaleció por sobre otras, a través del desarrollo de dispositivos y servicios de atención comunitarios para la reintegración vincular de estos pacientes y la disponibilidad y accesibilidad de psicotrópicos en los servicios ambulatorios y comunitarios.

Hoy en día persiste una tendencia muy fuerte a la desmanicomialización, que intenta desplazar el eje en el hospital psiquiátrico para ponerlo en la estrategia de APS con base en la comunidad, promoviendo la atención de pacientes con trastornos mentales en servicios generales y abogando por la protección de sus derechos.

A pesar del avance que implicaría apuntar a un cambio de tales características, se observa que todavía la APS ha quedado supeditada a formar parte de las alternativas de erradicación del hospital psiquiátrico. Si bien existe acuerdo en que los servicios deberían estar basados en la APS, permitiendo así acercar los recursos a la población y ofrecer mayor calidad en la asistencia a la vez que capacidad resolutive para los problemas, la mayor apuesta pareciera estar en la inclusión sociosanitaria de las personas con padecimientos mentales y adicciones, proponiendo como política de estado, el mejoramiento de los servicios del primer nivel de atención para que sean

establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y normaticen el empleo apropiado y oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población". En <http://msal.gov.ar>

accesibles a estas personas y donde el segundo nivel se encargaría de la atención aguda especial ³¹(MSN, 2010b).

Como muestra, un dato que tiene relación con la organización de los servicios de salud para el registro de los casos y por ende con las prácticas profesionales en este sentido: actualmente los registros presentan dificultades para reflejar la realidad más allá de las internaciones, ya que los egresos hospitalarios no informan sobre los casos de trastornos mentales con patologías moderadas o leves, y de que a su vez, los trastornos con patologías graves se suelen tratar cada vez más bajo modalidades ambulatorias ³²(MSN, 2010a). Se presume a partir de ello, que existe una gran cantidad de casos que no quedan registrados, con la consecuente pérdida de información relevante para cualquier estudio y análisis posterior de la situación, mostrando claramente que los sistemas de registro aún siguen respondiendo a la lógica de la internación y la enfermedad mental y en definitiva, al sistema manicomial.

La nueva ley nacional de salud mental 26.657 (B.O. 32.041 del 3/12/2010), vino a reordenar la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental con el sistema judicial del Estado. Esta ley, bajo una perspectiva de derechos humanos y de ciudadanía, ha establecido la obligación del Estado de atender con protección de derechos a quienes padecen trastornos mentales, y que el proceso de atención debería enmarcarse en los principios de la APS haciendo hincapié en la interdisciplina, la intersectorialidad y también en el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. En este sentido ha determinado que las universidades adecuen la formación de los profesionales a los principios, políticas y dispositivos que se establecen para su cumplimiento.

³¹ Confirmando esta tendencia, se aplicó el Instrumento de evaluación para sistemas de salud Mental de la OMS en 10 provincias del país, dando por resultado que el desarrollo de salud mental en APS era aún muy pobre y que los manicomios continuaban siendo hegemónicos aun en relación a la atención ambulatoria. Los datos de otro relevamiento, esta vez de camas destinadas a la atención de trastornos de salud mental, evidenciaron que tan solo hubo una reducción de camas en los hospitales monovalentes del 50% en relación al 2001, existiendo en la actualidad un 92.6% de camas en hospitales monovalentes y solo un 7.4% de camas en hospitales polivalentes, lo que en términos de la Declaración de Caracas debiera ser justamente a la inversa.(MSN, 2010)

³² La mayor cantidad de egresos se produce por el consumo de alcohol correspondiéndose a la cantidad de personas afectadas por este problema. La segunda patología es la depresión mayor pero los egresos son menores a los de otras patologías.

El panorama de hoy en día nos muestra, que a pesar de contar con un marco normativo superador, todavía no se han podido organizar, a nivel general, los servicios de salud mental en función de la APS y por tanto adecuar la formación de los profesionales, sus prácticas y concepciones a un modelo de atención más integral. El acento se sigue colocando en la prevención de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, siendo aún muy fuerte la impronta de la locura y el manicomio en las prácticas profesionales.³³

En el camino que aún toca recorrer, resaltan las propuestas de integrar acciones de salud mental a las acciones de salud en general, fomentando en los trabajadores prácticas más participativas e integrales, proponiendo una revisión crítica de las concepciones que subyacen a las prácticas y promoviendo el ejercicio pleno de la participación social como el indicador más importante de salud mental.

4. Formación y prácticas profesionales

4.1 Situación de los recursos humanos

La región de las Américas posee la mayor cantidad de personal sanitario³⁴ (OMS, 2006) en comparación con otras regiones del planeta. La

³³ En este sentido, Stolkner explica que en las actuales concepciones de Salud Mental y por ende en las prácticas profesionales, se encuentran marcas e improntas de concepciones filosóficas e ideológicas que están muy arraigadas y que las sobredeterminan: concepciones positivistas del tipo “conducta normal o adaptable”, concepciones racionalistas como el “correcto funcionamiento de las funciones mentales”, concepciones aristotélicas como las de la “adecuada percepción de la realidad” y platónicas como el “armonioso desenvolvimiento de potencialidades naturales”. Estas concepciones que van en el sentido de la corrección y la adaptabilidad del individuo se reproducen acríticamente en las prácticas cotidianas. Por ello considera necesaria su revisión para apuntar a una real transformación en los procesos de trabajo.

³⁴ Según la OMS en 2006, nuestra región, contaba un total de 21.740.000 de personal sanitario; con una densidad por 1000 habitantes de 24,8. Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>). Por otra parte la región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, ha concentrado a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África sigue soportando el 24% de la carga de

escasez, mala distribución y falta de adecuación del personal de salud a las necesidades constituyen graves problemas, donde un número importante de países no cuenta con el personal necesario para tener una cobertura mínima, a la vez que otros países poseen cinco veces más dicha disponibilidad. La distribución de trabajadores de salud es desigual, por ejemplo las áreas urbanas disponen de 8 a 10 veces más médicos que las rurales, o bien algunos países tienen desequilibrios en su oferta de capacidades, con muy pocas enfermeras por médico y ausencia de otras profesiones imprescindibles (OPS/OMS, 2004).

En nuestro país la fuerza laboral en salud está constituida por más de 500.000 trabajadores (Abramzón, 2005), en su mayoría profesionales universitarios, técnicos y auxiliares. En lo que respecta a la salud mental, la cantidad de recursos humanos destinados a la atención psicológica es bastante alta: en 2001 se calculaba, según Abramzón (2005), que los médicos constituían la categoría predominante entre los profesionales de salud y representan casi el 40% del conjunto seleccionado, seguido de los psicólogos con un 15%. Más recientemente se calculó que cada 100.000 habitantes había 106 profesionales psicólogos, 13,3 profesionales psiquiatras y 11 trabajadores sociales (OPS, 2009b).

Existe consenso sobre el hecho de que el campo de los recursos humanos en salud, entendido como el espacio de producción, de pertinencia, de generación y circulación de conocimiento, de legalidad y de legitimidad para trabajar en salud (Rovere, 2006a), debe ser un componente esencial y estratégico de las políticas sanitarias.

Los/as trabajadores constituyen un punto clave para pensar y generar alternativas sobre la base de un modelo prestador distanciado de la exclusiva atención intramuros, con criterios basados en la salud poblacional y no solo en el tratamiento individuo a individuo.

morbilidad, con solo el 3% de los trabajadores sanitarios, disponiendo de menos del 1% del gasto mundial en salud.

El modelo propuesto por los organismos financieros internacionales y adoptado por los gobiernos para el sector de la salud, circunscribió los servicios públicos exclusivamente y en forma gratuita a los sectores vulnerables, quedando el resto de las prestaciones dependientes del principio de costo/beneficio (Belmartino, 1999).

Estas medidas impactaron en el acceso de la población de bajos recursos a los servicios de salud, generando un proceso de desregulación y privatización en el sector con capacidad de pago; es así que se produjeron modificaciones en las formas de organización de la atención médica y en las instituciones prestadoras, que pasaron a funcionar bajo la lógica de regulación de la oferta y la demanda como por ejemplo el pago “per cápita”. Este contexto determinó fuertemente las condiciones de la práctica profesional ya que se redujo bastante la autonomía profesional en las decisiones relativas a su práctica (Bloch, Luppi, Aronna, 2003).

En cuanto a la gestión de recursos humanos, no se pudo avanzar en la planificación de las necesidades tanto en cantidad como en calidad, y, la insuficiente información sobre las variables que permitirían formular políticas y regular las prácticas limitó el poder de control del Estado en este campo.

Finalmente, el giro necesario que debía darse en cuanto al modelo de atención, también se vio obstaculizado porque en la formación del recurso humano se continuaron utilizando modalidades tradicionales que no incentivaban prácticamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad para responder apropiadamente a las necesidades de salud mental de la población.

Distintos autores han coincidido en plantear que el campo de los recursos humanos *fue subestimado y olvidado en las agendas de definición de los cambios en el sector, a pesar del protagonismo que debiera tener*, (Passos Nogueira, 1999) (Rovere, 2006); persistiendo hasta la actualidad su poca visibilidad y consecuente dificultad para ingresar plenamente en la agenda sanitaria.

Algunas propuestas (Abramzón, 2003) han apuntado al logro de una mayor visibilidad del campo, fomentando una real discusión entre los distintos actores, que genere la posibilidad de pensar en políticas que acompañen los cambios necesarios en el modelo de atención, en especial la reorientación de la formación del personal de salud.

4.2 La formación profesional

El factor humano es un elemento indispensable para reforzar los sistemas de salud. Pero eso significa que hay que invertir mucho tiempo y dinero en la formación de los trabajadores sanitarios (OMS, 2006).

Para lograr que los servicios aumenten sus prestaciones de manera eficaz y eficiente es necesario entre otras cuestiones reorientarlos hacia modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con una orientación familiar y comunitaria.

Esto implica lograr un acercamiento entre las instituciones de formación y las de servicios de salud para planificar conjuntamente las necesidades y perfiles de los profesionales del futuro buscando que respondan a la realidad de cada país, enfatizando la formación de personal en el área de la salud pública con una perspectiva multidisciplinaria; y a su vez, fortaleciendo la capacidad de los equipos de salud locales para ejecutar procesos analítico-epidemiológicos, que generen datos científicos para la planificación sanitaria, la vigilancia y evaluación de las intervenciones (OPS, 2009a).

En diversos estudios (Abramzón, Rovere, 2005) se han señalado los problemas en la formación de los recursos humanos en salud en Argentina.

En materia de formación, aún no se ha logrado generar capacidades, habilidades y destrezas para realizar prácticas críticas, interdisciplinarias y en equipo que permitan poseer elementos para atender con efectividad, equidad y eficiencia las necesidades sociales de la población en diferentes escenarios.

Por otra parte, el hecho de que los métodos tradicionales para la formación del personal de salud no hayan conseguido responder apropiadamente a las necesidades de la población, ha planteado la necesidad de revisar los programas de estudios de la formación tanto de grado como de posgrado así como también los programas de educación continua.

Un estudio reciente (MSN 2010c), realizado por algunas universidades nacionales en convenio con la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Nación planteó la importancia de revisar las orientaciones curriculares del grado y el posgrado para reorientar la formación profesional, entendiendo que la misma, al incidir en las prácticas profesionales, tiene un impacto sobre el tipo y calidad de la atención.

A pesar de que hoy existe consenso sobre la necesidad de modificar la formación del personal de salud, hasta ahora no se han registrado cambios curriculares de importancia en la formación de grado y de posgrado, siendo una tarea pendiente, tanto para las profesiones médicas como las no médicas.

En esta línea, se ha planteado que la superación de los problemas actuales de la formación, está supeditada a la creación de carreras que estén avaladas por estudios respecto de su necesidad y calidad, *con políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico, con planes de estudio articulados con las cambiantes necesidades sociales (Rovere, Abramzón, 2005).*

En lo que atañe al campo de la salud mental, las experiencias de reforma de la atención en salud mental en los países europeos, desde el modelo de la psiquiatría asilar hacia servicios comunitarios con prácticas desde una perspectiva comunitaria -que contribuyeron a formar un nuevo paradigma teórico y práctico sobre los criterios de comprensión de los trastornos mentales y de su tratamiento, y que implican a la vez, nuevos criterios para la organización de los servicios y diversos dispositivos de atención y rehabilitación- no se han acompañado desde las universidades con un cambio en la formación de grado de los profesionales implicados en este campo. Tanto

la formación como las diversas investigaciones siguieron orientadas por el marco de las disciplinas tradicionales como la psiquiatría y la medicina (Galende, 2011).

El nuevo enfoque interdisciplinario -que dio lugar a nuevas prácticas de cuidados en salud mental, a la necesidad de servicios integrados al primer nivel de atención, a la problemática de la rehabilitación, tanto la temprana en la primer crisis como especialmente la de aquellos pacientes que han permanecido por largos años institucionalizados en hospitales psiquiátricos, el diseño y la gestión de estrategias de atención con participación de los usuarios, sus familias y la comunidad - ha ido acumulando una serie de experiencias, tanto de gestión de los servicios como de las prácticas, que aún no se han reflejado claramente en la formación académica y en la investigación (Galende, 2011).³⁵

Entre las principales recomendaciones se considera esencial que los programas de capacitación estén emplazados en servicios ambulatorios de salud mental comunitarios y en los centros de atención primaria de salud, que los contenidos sean coherentes con el modelo comunitario de atención de salud mental, así como con un enfoque de derechos humanos, y que las competencias básicas en salud mental se amplíen a otros actores como los agentes comunitarios y al personal que no forma parte de los servicios de salud. La tendencia actual es extender a las universidades estas nuevas perspectivas para la formación de posgrado, con el anhelo de alcanzar en un futuro cercano, una reformulación de la enseñanza de grado.

³⁵ A pesar de ello existen algunos los posgrados en Salud Mental con programas afines a estos principios como son la maestría de la Universidad de la República en Uruguay y la maestría de la Universidad de Río de Janeiro. En nuestro país se encuentran posgrados en Salud Mental de las Universidades de Entre Ríos y Tucumán así como también la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús que se viene desarrollando a partir del '97 desde una perspectiva comunitaria. Más recientemente, desde el año 2005 a 2009, se implementó una Carrera de Especialización en el mismo tema, tanto en la provincia de La Pampa como en Lanús, Pcia. de Bs. As.

4.3 La formación de posgrado y su influencia en las prácticas profesionales

La formación de posgrado es una instancia que actualmente se ha convertido en parte indispensable de la formación profesional permitiendo la adquisición de una especialidad que mejora visiblemente las posibilidades de inserción de los profesionales en el mercado de trabajo. (Rovere, Abramzón-2005)

En los últimos años, en el ámbito de la educación en salud pública hubo un incremento de los programas a nivel de posgrado, relacionados a múltiples factores: la práctica de la salud pública -que implica adquisición de nuevas competencias y fortalecimiento de las antiguas-; la necesidad de promover y desarrollar nuevas formas de práctica especializada y parcial; y la demanda para cubrir nuevas plazas en el mercado laboral que implica la incorporación en la fuerza de trabajo en salud de trabajadores de distinto nivel y profesión de base. (Godue, 2004)

Según Alonso Hortale (2006) hubo en nuestro país, a partir de la década de los '90, una importante expansión de cursos y carreras de posgrado debido al aumento de universidades públicas y privadas, a la consolidación de la investigación y al establecimiento de un nuevo mercado profesional con exigencias de mayor competitividad y la incorporación de nuevas tecnologías.

En relación a los posgrados y la formación en APS, Durante (2007) ha manifestado que la formación continuaba siendo hospitalocéntrica y que no proveía oportunidades suficientes para sostener el desarrollo de un experto en APS.

Davini (2002) por su parte ha planteado algunos de los desvíos más frecuentes en la capacitación de los recursos humanos en salud. Entre ellos el reduccionismo, la visión instrumental de la educación, el inmediatez, la baja discriminación de los problemas sobre los cuales formar, y la tendencia a

actuar por programas y proyectos, que no han contribuido a fortalecer la sostenibilidad y la permanencia de las estrategias educativas a lo largo del tiempo.

En paralelo a estos obstáculos que aún persisten, en las últimas décadas se produjeron algunos cambios en la educación universitaria y en el desarrollo profesional, teniendo como preocupaciones centrales, cómo formar a los profesionales y cuáles son los ejes involucrados en esa formación.

Los aportes de la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos han llevado a cambios en los enfoques. La educación en salud comenzó a incursionar en procesos de reforma donde conceptos como el aprendizaje basado en problemas, las prácticas reflexivas, el aprendizaje en grupos pequeños, las simulaciones y la orientación comunitaria, se han ido instalando como nuevos ejes curriculares. (Rovere 2004)

Gómez Campos y Tenti Fanfani (1989) han propuesto en este sentido, la *educación para la incertidumbre* como un espacio de aprendizaje en todas las currículas, sosteniendo que el entrenamiento profesional debería estar orientado al desarrollo de capacidades y actitudes para manejar problemas sin solución conocida, o bien, a encontrar nuevas y mejores soluciones a los viejos problemas.

Borrell y Rovere (2004) han considerado que las condiciones reales de desempeño profesional exigen habilidades interpersonales, capacidades comunicacionales y trabajo en equipo. Para estos autores, el aprendizaje en grupos interdisciplinarios y el desarrollo de habilidades para manejar los disensos y los conflictos resultan una parte esencial de la formación así como también las experiencias docentes que generan aprendizajes significativos cuando están vinculadas a problemas reales de la práctica profesional.

Davini (2002) por su parte ha manifestado que para lograr cambios en las prácticas institucionalizadas en los servicios de salud, se hacía necesario

que la acción educativa privilegie el conocimiento práctico o en la acción y que favorezca la reflexión compartida y sistemática.

La perspectiva de D. Schön, puso en el centro de la escena lógica de la práctica reflexiva. Este autor hizo una crítica a las instituciones formadoras por no lograr enseñar nociones para una práctica eficaz, y consideró fundamental la incorporación del *practicum reflexivo*³⁶ como elemento clave en la preparación de los profesionales.

Actualmente se sugiere la importancia de que la educación de posgrado se constituya en una instancia permanente de actualización de contenidos y de revisión del quehacer cotidiano en los mismos espacios en que esa práctica tiene lugar (Rovere, Abramzón, 2005).

Existe consenso acerca de que la educación permanente en servicio es uno de los enfoques más adecuados para la capacitación, ya que intenta promover transformaciones en la práctica en los contextos reales de trabajo, fortaleciendo la reflexión en la acción, el trabajo en equipo y la capacidad de gestión sobre los propios procesos locales.

Sin embargo, si este enfoque no se acompaña de una política de recursos humanos que lo incorpore como herramienta estratégica, su impacto quedará amortiguado, debido a que las acciones desarrolladas por los proyectos de capacitación no pueden sostenerse en el tiempo.

Para ilustrar esta situación, un estudio realizado sobre diferentes proyectos sanitarios, en países de América Latina (Davini y otros, 2002), observó que en general que el componente de capacitación dejaba una capacidad técnica instalada, pero quedaban dudas respecto de si esa

³⁶ Un *practicum* es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. Schön, D. La formación de profesionales reflexivos. Paidós, Barcelona. 1992. p.21. Citado por Reynaga Obregón, S. "Fundamentos del diseño curricular", en Documento de propuesta de reestructuración curricular de la licenciatura en Sociología, México, Departamento de Sociología, DEPS, CUCSH. U de G. 1995.

capacidad iba a preservarse, potenciarse o extinguirse, o si la capacitación en servicio lograría ser apropiada e institucionalizada por los ministerios de salud.

A su vez, los logros obtenidos se habían concentrado en el desarrollo de competencias y capacidades, tanto de orden técnico -profesional, epidemiológico, administrativo y gerencial-, como de cultura institucional y políticos –relaciones laborales, resolución de conflictos, relación con los pacientes y la comunidad-. Sin embargo, los logros en materia de transformación o reorganización del proceso de trabajo en los servicios habían sido mucho menos frecuentes, ya que los procesos de capacitación no llegaron a lograr una reorganización del proceso de trabajo en los servicios de salud, reconociéndose entre los obstáculos, problemas de capacidad técnica, problemas de cultura institucional y problemas políticos.

Según estas autoras, la posibilidad de producir transformaciones en este sentido implicaría entender en primer término que el problema del cambio y del aprendizaje en las organizaciones de trabajo supera el rol tradicional adjudicado a la capacitación, yendo más allá de los conocimientos específicos impartidos en un curso, involucrando el cambio mismo en las organizaciones.³⁷

La capacitación en servicio se produce en instituciones que tienen determinadas formas de vinculación, roles internalizados y preconceptos tácitos de cada uno de los involucrados; y las instituciones tienden a mostrar resistencias ante los cambios y muchas veces obstaculizan las mismas prácticas que desean implementar, entre las cuales se encuentra nada más ni nada menos que la participación comunitaria.

En la misma línea Stolkiner y Solitario (2007) plantearon que la transformación de las prácticas en salud mental implicaba cambiar

³⁷ Mientras ciertos aprendizajes permiten una adaptación a los objetivos y prácticas vigentes en las organizaciones, otros, implican la modificación de los criterios y valores sobre los que se asientan las prácticas institucionales y suponen siempre una modificación en el *statu quo* que genera resistencias en la organización.

representaciones sociales y tener en cuenta a los actores que inevitablemente entrarán en conflicto con la propuesta.

La instalación o la modificación de una práctica institucional y/o profesional necesita del desarrollo de nuevas habilidades específicas y de la discusión de los supuestos y los contextos. Por ello la capacitación debe tomar como eje la discusión crítica sobre las prácticas concretas donde cada actividad de capacitación, partirá de la revisión crítica de las prácticas actuales, de los nuevos acuerdos en los grupos de trabajo y de las reglas de la organización. (Davini y otros, 2002)

4.3.1 Algunas propuestas de formación en salud mental

La formación en salud mental, enmarcada en estos lineamientos, supone la instalación un discurso que incluya realmente a las distintas disciplinas involucradas y las diversas posturas teóricas, así como también las diferentes prácticas específicas de la disciplina en el marco de una estrategia compartida.

Algunas propuestas de formación para los recursos humanos en salud mental como la de Frankel (1993), se han planteado objetivos como los diseños de capacitación, el mejoramiento de las técnicas para trabajar en la comunidad, el perfeccionamiento de la formación psicológica y social de los trabajadores y el desarrollo de estudios etno-epidemiológicos, considerando necesaria la implementación de políticas de formación basadas en las necesidades de la población, en la participación de la población en las acciones de salud y en la participación de profesionales no especializados en salud mental, incluso integrantes de la comunidad.

Según este autor, los ejes curriculares de un programa de capacitación deberían orientarse a la prevención de la enfermedad, a las ciencias sociales, a la salud pública, a la metodología de la investigación, a la clínica asistencial y rehabilitación psicosocial y reinserción de enfermos crónicos.

En el proceso de reforma de la salud mental en Río Grande do Sul, en Brasil, los cursos de formación del personal se estructuraron alrededor de áreas como la epidemiología, la organización de los servicios de salud, la investigación, la salud mental colectiva, entre otros. Los contenidos se desarrollaron a través de la pedagogía de la problematización (Fagundes, 1993).

Por su parte la experiencia de Rosario en la reforma de los servicios de salud mental, implicó pensar la formación de acuerdo a las diferentes prácticas en salud, alejada de la lógica de la especialidad.³⁸ Los ejes centrales de la propuesta fueron la *formación en servicio*, donde las prácticas en servicio se consideraron como un espacio de transmisión y construcción de nuevas experiencias, con un acompañamiento tutelado por profesionales de los servicios; y la *interdisciplina*, entendida como la convergencia de distintos saberes y prácticas, donde la formación clínica debía orientarse a promover estrategias innovadoras en articulación con otras disciplinas y al trabajo en red, con prácticas desarrolladas en diferentes efectores, incluido el primer nivel de atención.³⁹

Cabe señalar, que algunos problemas encontrados en esta experiencia, apuntaron a la orientación de la formación, la cual contribuía muy poco a la integración de los equipos interdisciplinarios y a la resolución de los problemas de salud por un defasaje en la capacitación sobre las problemáticas actuales de la población.

Con respecto a estas dificultades Stolkiner ha expresado que el problema de los/as psicólogos/as para integrarse a un equipo interdisciplinario se relacionaba con la identidad que la formación clínica contribuía a construir, donde la apropiación del conocimiento era muy dogmática y poco flexible, y la consecuencia más visible era la dificultad que expresaban los/as profesionales

³⁸ Ponencia de Álvarez, A. R.: "La formación en el área de salud mental", alude a la experiencia de reforma de la ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe. En Davini, M. C. et al : Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual. 1ª edición, Bs.As., OPS, Gobierno de la CABA, Secretaría de Salud, UBA, Instituto Gino Germani. 2003

³⁹ Estos ejes del Programa de Salud Mental en lo que a la formación se refiere, se fijaron de acuerdo a los lineamientos propuestos por la Secretaría de Salud Pública en materia de política de formación de recursos humanos.

de poner a jugar las herramientas adquiridas en prácticas de otro orden, sin sentir amenazada su identidad.

Según esta autora, la experiencia del trabajo interdisciplinario necesariamente implica atravesar por una crisis de identidad, dada por la incorporación del lenguaje de las otras disciplinas y la comprensión de su lógica, llevando a que inevitablemente se cuestione la propia identidad profesional: *los programas de educación para la salud en general no están centrados en la psicopatología. El corazón de la carrera de psicología es la psicopatología. (...) es una herramienta clave para el abordaje clínico en un contexto terapéutico pero es prácticamente secundaria cuando se trata de comprender interdisciplinariamente problemáticas de salud en contextos colectivos.*⁴⁰

Otra experiencia para destacar, es la residencia de educación para la salud (RIEpS) de la CABA. Este posgrado de capacitación en servicio creado en el año '87, se orientó a capacitar profesionales de las distintas ciencias médicas y sociales, en un dispositivo de trabajo interdisciplinario para el abordaje comunitario, enfocado a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud (MSGCBA, 2005). Su creación significó la incorporación de profesionales de las ciencias sociales a las residencias del sistema público de salud que hasta ese momento eran eminentemente médicas, e implicó una apuesta muy fuerte a pensar el modelo de atención de un modo más integrado e integral, de entender el campo de lo comunitario y la participación social así como las prácticas.⁴¹

Más de diez años después, en 1999, se sancionó la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 153 (BOCBA N° 703 del 28/05/99), que estableció cómo debía organizarse el subsector estatal en función de la estrategia de APS, con la conformación de redes y niveles de atención, jerarquizando entre todos al primer nivel de atención. En uno de sus artículos

⁴⁰ Entrevista a Alicia Stolkinner. En: Revista Salud y Población de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Marzo 2005. Dirección de Capacitación de la ciudad de Bs. As.

⁴¹ Entrevista a la coordinadora de la RIEpS (insumo de la investigación de APS ya citada)

se definían los lineamientos para la formación de los profesionales: la capacitación permanente incluyendo a todos los integrantes del equipo de salud con un enfoque interdisciplinar, la capacitación en salud pública en función de las prioridades sanitarias y la jerarquización de las residencias como sistema formativo de posgrado (Bonazzola, 2003). Sin embargo cabe destacar que dicho artículo no ha sido reglamentado.

En función de los distintos planteos y propuestas desarrollados hasta el momento, pueden considerarse algunos ejes centrales para la formación del profesional en salud mental, en el marco de la APS:

El primer eje tiene relación con la prevención y la promoción, tendiente a que los profesionales desarrollen acciones que apunten a prevenir la aparición de trastornos mentales como a promover la salud en la población, fundamentalmente a través de la participación social, potenciando recursos y estructuras autogestionarias.

Otro eje apunta a adquirir y utilizar los conocimientos provenientes de la antropología, la sociología, la psicología social, el análisis institucional, entre otras, para conocer y comprender la índole de los procesos de salud/enfermedad de una población, sus condiciones de vida, los contextos institucionales y su cultura. En este punto también adquiere relevancia la perspectiva intercultural para la comprensión e interacción con poblaciones culturalmente diversas.

En el mismo sentido son necesarios los conocimientos referidos a la salud pública, en tanto son esenciales para la creación e instrumentación de políticas sanitarias y sociales, así como también los conocimientos epidemiológicos, y también conocimientos de evaluación y de planificación estratégica.

En lo referido al eje de la investigación, es necesario que los profesionales se formen sólidamente en metodología de la investigación

adquiriendo conocimientos sobre investigación-acción-participativa y sobre investigación etnográfica.

En cuanto a la formación clínica asistencial es necesario capacitar a los profesionales en diferentes encuadres tanto individuales, como grupales y familiares que respondan a las necesidades reales de las problemáticas actuales en salud mental.

También adquiere relevancia la formación interdisciplinaria para el trabajo en un equipo de tales características, ya que esta modalidad de trabajo consigue dar mejores respuestas a la complejidad de los problemas. A fin de poder integrarse a ellos es necesario que se capaciten en dispositivos específicos para la producción interdisciplinaria como los grupos de discusión compartida y espacios de elaboración conjunta de problemas; así como también en la adquisición de determinadas competencias como la capacidad de comunicación.

Por último, la formación para el trabajo intersectorial y en red es imprescindible ya que es muy importante que los profesionales estén capacitados para trabajar articuladamente con otros sectores, tanto en la definición y abordaje de los problemas, como para generar e integrar redes de trabajo, facilitando la comunicación entre el equipo de salud, la comunidad y los distintos sectores del Estado, en el entendido que dicha modalidad permite una mayor eficacia en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad de la población.

4.4 Prácticas del psicólogo en el primer nivel de atención

El trabajo en salud no es completamente controlable, pues está basado en una relación entre personas en todas las fases de su realización y, por lo tanto, siempre sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo, privado, y de concretización de la práctica. (Merhy et al, 2006)

Estos autores plantean que el intento de comprender las particularidades del trabajo en salud puede brindarnos la oportunidad de interrogar el sentido de las prácticas, de evaluar su adecuación a la realidad y eventualmente trabajar en pos de su transformación. Consideran que la salud se produce en acto, es decir, que el resultado del trabajo en salud existe durante el momento en que se está produciendo, es decir en el corazón de las prácticas mismas.

Los cambios ocurridos en la salud mental de las poblaciones, han extendido el campo de acción tradicional de los profesionales. Esta ampliación que se ha denominado desplazamiento del trabajo intramural al extramural, implicó poner de relieve el desconocimiento de los profesionales sobre las estrategias necesarias para garantizar la salud de la comunidad. (Arango, 1992)

Por ello, si el trabajo del psicólogo, limita su acción a la población que solicita atención psicológica, resultará insuficiente para satisfacer las necesidades de toda la población.

En algunos países, en virtud de los procesos de reforma al sistema de salud mental, se definieron pautas concretas para el trabajo en la comunidad que distan bastante de favorecer prácticas de asistencia psicoterapéutica centradas en el individuo y en la psicopatología.

Estos lineamientos han apuntado a favorecer la participación social, con un énfasis en la producción de salud en todas las actividades y proyectos, la valoración de los recursos de salud⁴² de la propia comunidad así como la recuperación de tradiciones y pautas culturales, y el uso de recursos no convencionales para la construcción de proyectos que satisfagan las reales necesidades de la gente, fomentando prácticas autogestivas y desarrollando redes de solidaridad. (Berman, 1987)

⁴² Los recursos en salud mental serían las habilidades, actitudes, situaciones, grupos, objetos y técnicas que sirven para proteger o reparar la salud.

En líneas generales se han identificado dos modelos principales de atención en salud mental en la comunidad, que si bien poseen características diferentes, en la práctica llegan a ser complementarios, ya que no es posible pensar de manera fragmentada la experiencia clínica de las prácticas comunitarias. Si la experiencia clínica no se realiza de manera dogmática, y si no se entiende como una identidad profesional fija, tiende a enriquecer la práctica comunitaria y viceversa.

Estos modelos se han denominado según Levav et al(1992), modelo de atención clínica y modelo de atención comunitaria y funcionan como guías en el intento de identificar los distintos tipos de prácticas que a un/a psicólogo/a le incumbe realizar en la atención de una comunidad, sobre todo en el primer nivel de atención.

El modelo de orientación clínica, parte de la atención de la enfermedad, orientado por la psicopatología, entre otros conocimientos, ocupándose en primer término de la asistencia directa de los trastornos mentales, a partir del tratamiento de los síntomas y signos y/o la discapacidad; también se ocupa de la prevención primaria, secundaria y en última instancia de la rehabilitación. Depende fuertemente de la demanda de asistencia del individuo y/o su familia.

En cambio el modelo de orientación comunitaria, está orientado por la epidemiología y otras ciencias sociales, y se ocupa del proceso salud-enfermedad de las poblaciones o comunidades, llamada también área de responsabilidad, a partir del diagnóstico de situación de salud de las mismas y la detección de las necesidades, con un fuerte acento en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Implica la coparticipación de responsabilidades y funciones de los programas implementados tanto en lo que refiere a los cuidados más especializados como aquellos que involucran el autocuidado.

Kark (1992) basado en estos planteos, propuso una serie de prácticas en salud mental, en función de la orientación del modelo de atención, teniendo en cuenta algunos ejes centrales como el método de examen del paciente o la

comunidad, el tipo de diagnóstico y tratamiento y los modos de seguimiento y evaluación.

Entre las prácticas orientadas a la atención clínica e individual se encuentran en relación al método de examen, la entrevista, la confección de la historia familiar, toma de test psicológicos, etc.; el diagnóstico es de tipo fenomenológico y se realiza en función de taxonomías, su formulación es psicodinámica; el tratamiento se basa en el diagnóstico clínico y en los recursos existentes; el seguimiento se realiza en base a la observación del paciente terminando la intervención con el alta. Este tipo de prácticas son llevadas adelante mayormente por los profesionales, sean estos psicólogos o psiquiatras.

Con respecto a las prácticas orientadas a lo comunitario, en relación al método de examen figuran los registros y encuestas, análisis secundarios, examen de indicadores socioeconómicos y observación participante; el diagnóstico de salud mental de la comunidad se realiza mediante el estudio de las tasas de morbilidad u otras; el tratamiento se basa en el diagnóstico comunitario, y también en los recursos, conocimientos y experiencias previas de la comunidad; el seguimiento se efectúa mediante la vigilancia del estado de salud mental de la comunidad y se realiza la evaluación de la eficacia, de los cambios, y de los programas implementados. Todas son prácticas de tipo continuo ya que no existe el concepto de alta como en el ámbito clínico. Son llevadas a cabo por profesionales de diferentes disciplinas, otros trabajadores y actores de la comunidad.

En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile formulado en el año 2000, constituyó un intento importante de definir concretamente las prácticas en salud mental, orientando la programación de los recursos y las prestaciones a través de la detección, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como a las actividades de promoción y de prevención, según el nivel de resolución, el

equipo o establecimiento y el contexto general de la red de servicios de la zona.⁴³

Una de sus limitaciones fue la insuficiente formación en materia de salud mental y psiquiatría de los egresados de las universidades e institutos profesionales en relación con el modelo comunitario; provocando que quienes se incorporaban al sector público de salud, ya sea después de graduarse o porque deseaban seguir el modelo comunitario de atención sanitaria, tuvieran que formarse sobre la marcha del trabajo al no contar con la capacidad de respuesta necesaria para satisfacer las necesidades de los usuarios. (Minoletti et al 2005)

Otro intento de definir claramente las prácticas en salud mental dentro de una perspectiva comunitaria, fue la Ley de Salud Mental No. 448 de la Ciudad de Buenos Aires (BOCBA N° 1022 del 07/09/2000), que más allá de su implementación parcial y paulatina –bastante común en los procesos de reforma en salud mental- enuncia en sus artículos 12 a 14 los criterios generales, dispositivos y efectores que deberán conformar el subsector estatal, y que priorizan expresamente las acciones basadas en la participación comunitaria, la prevención, la atención ambulatoria, la interdisciplina y la intersectorialidad.

En función de estos lineamientos y orientaciones sobre las prácticas sugeridas para un trabajo más adecuado con la comunidad, pueden delimitarse algunos ejes basados en las distintas orientaciones complementarias que hasta ahora se han definido respecto del modelo de atención –clínica y comunitaria- y

⁴³Entre las acciones definidas para el primer nivel de atención se encuentran *actividades comunitarias de promoción de factores protectores de la salud mental*, bajo el formato de reuniones del equipo con diferentes sectores de la comunidad; *actividades de prevención de la enfermedad mental*, bajo la forma de intervenciones psicosociales grupales realizadas por el equipo, reuniones con distintos sectores comunitarios, consultas médicas con el profesional de la especialidad y consultas de salud mental con integrantes del equipo; y *actividades de tratamiento y rehabilitación*, incluyendo consultas médicas, consultas de salud mental con el equipo, visitas del equipo a las familias en su domicilio, lugar de trabajo o escuela, psicoterapia individual y grupal, realizada por el psicólogo y reuniones con distintos sectores comunitarios.

en la consideración de que las prácticas se componen de elementos mucho más finos y sutiles que integran los actos en salud.

En este sentido el planteo de (Merhy et al, 2006) también es esclarecedor, ya que toda práctica en salud estará compuesta fundamentalmente por elementos que le permitan al trabajador/a actuar sobre la realidad de cada persona, grupo social o comunidad, y en segundo lugar por otras tecnologías que también se utilizarán a modo de referencia.⁴⁴

Una de las primeras cuestiones a considerar es la importancia del trabajo en un equipo lo que implica la participación en reuniones de equipo y la disposición para el trabajo interdisciplinario. Constituye una de las bases sobre la cual pueden asentarse luego, el resto de las prácticas involucradas.

Para el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, es necesaria la realización de un análisis junto a otros actores de la comunidad, teniendo en cuenta los determinantes sociales, con énfasis en los problemas de salud general y en especial los de salud mental más prevalentes.

Esto implica también, la realización de investigaciones orientadas a los problemas detectados, que incluyan entre otras cuestiones, la elaboración de encuestas a fin de determinar la incidencia y prevalencia de los problemas de salud mental; involucrando tanto el relevamiento y conocimiento de los recursos locales en salud y de otros sectores -gubernamentales y no gubernamentales- como también la confección de una guía de recursos junto al resto de equipo, con visitas a otras instituciones, organismos, organizaciones, etc., y la realización de acuerdos de trabajo en el entendido que esto favorecerá luego la acción intersectorial en pos de constituir redes de trabajo para abordar las problemáticas detectadas

⁴⁴ Estos autores consideran que para la concreción de un acto de salud, se utiliza una suerte de *maletín tecnológico* que está constituido por tres tipos de tecnologías: la de los equipamientos y medicamentos (tecnologías duras), la de los conocimientos estructurados, como la clínica y la epidemiología (tecnologías blandas-duras) y por aquellas que le permiten al trabajador escuchar, comunicarse y comprender a los otros, establecer vínculos, y cuidar del usuario (tecnologías blandas y relacionales).

A partir de la definición de los problemas, el equipo debería trabajar en el diseño, implementación y evaluación de proyectos que se desprendan de dicha definición. Estos proyectos incluirían acciones como: visitas a los domicilios en función de las necesidades detectadas, participación en reuniones comunitarias, el trabajo con miembros de la comunidad través de técnicas específicas, ofrecer asistencia terapéutica tanto individual como grupal o familiar, brindar asesoría a las familias con distintos niveles de vulnerabilidad y llevar adelante los registros de las acciones en vistas de su necesaria evaluación.

4.5 Posgrados con Orientación Comunitaria en la región

Aquí se incluye una descripción de los posgrados existentes en La Plata y Berisso que poseen orientación comunitaria. Son posgrados destinados al equipo de salud y que intentan romper de distintas maneras con la tradicional lógica disciplinar de formación.

Dos de ellos funcionan bajo la lógica de la capacitación en servicio aunque con modalidades diferentes. El primero de ellos es un programa de residencias integradas en un proyecto de trabajo interdisciplinario ofrecido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el segundo es una beca de posgrado de alcance nacional que funciona en cada uno de los municipios, con la particularidad de formar profesionales recién graduados o no y personal que forma parte del plantel estable de profesionales de los efectores del primer nivel de atención. El tercero, es una carrera de especialización ofrecida por el colegio profesional del distrito.

4.5.1 El PRIM

En el año 1997 se desarrolló en la Provincia de Buenos Aires un proceso de reformulación general del sistema de residencias para incrementar la calidad del proceso formativo, a fin de lograr una mayor correspondencia con las necesidades sanitarias y sociales.

En ese proceso se pusieron en marcha las residencias regionalizadas de salud mental, para brindar a los profesionales la posibilidad de integrar conocimientos de los tres niveles de atención. A su vez, en pos de fomentar el trabajo y la formación interdisciplinaria también se crearon las residencias integradas multidisciplinarias.

Uno de sus antecedentes más importantes fue el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, conocido como ATAMDOS (MSPBA, 1987), creado en el año 1987 con el propósito de cambiar el modelo de la atención hospitalaria hacia modalidades de tipo ambulatorio y domiciliario. Los equipos de salud estaban conformados por profesionales médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y odontólogos que tenían una población a cargo, en función de la accesibilidad geográfica de la provincia.

La experiencia del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, se desarrolló en tres regiones sanitarias, una de ellas el partido de Berisso.

Este programa de capacitación para médicos/as generalistas, psicólogos/as y trabajadores/as sociales desarrollado en el primer nivel de atención, tiene como objetivo general contribuir a la transformación del sistema público de salud a través de la capacitación de los profesionales residentes.

El proceso de capacitación en el Primer Nivel de Atención aspira a que los profesionales tanto a nivel científico-académico como teórico-asistencial, logren desarrollar un abordaje disciplinar e interdisciplinar del proceso salud-enfermedad para la atención y el cuidado de la salud en los distintos niveles de atención. Para ello se han propuesto procesos de investigación, programación e implementación de acciones de salud en el marco de la estrategia de APS, y la concepción de la salud como derecho humano fundamental.

Los objetivos específicos apuntan esencialmente a:

- Orientar la formación y capacitación integral de los profesionales, en prevención, promoción y protección de la salud, asistencia e investigación en el Primer Nivel de Atención;
- Construir una práctica interdisciplinaria y participativa en el marco del equipo de salud, cuyas acciones promuevan la participación comunitaria, articulando estrategias de intervención interinstitucional e intersectorial;
- Reflexionar críticamente y de forma permanente sobre la práctica.

Las características fundamentales del modelo pedagógico son las siguientes (MSPBA, 2000):

- Énfasis en las problemáticas contextualizadas en poblaciones concretas y no en determinada asignatura o disciplina.
- Posibilidad de generar espacios de intercambio entre las diferentes disciplinas y los representantes de cada una de ellas.
- Protagonismo de los residentes en su formación.
- Reflexión crítica y permanente sobre la capacitación técnica y las condiciones materiales y subjetivas en que se desarrolla el propio proceso de trabajo- aprendizaje.
- Necesidad de continuidad, cooperación y compromiso con el trabajo en equipo y los actores sociales involucrados.
- Referencia a situaciones problemáticas, con miras a una transformación superadora de las mismas.
- Fortalecimiento del trabajo colectivo-grupal, trascendiendo la competencia individual.
- Compromiso con la tarea y, consecuentemente con la salud de la población.
- Construcción de un marco teórico común en salud, orientador de las prácticas profesionales y facilitador de un abordaje conjunto.

En lo que respecta al PRIM de Berisso, se desarrollaron una serie de dispositivos de trabajo interdisciplinario para la atención, prevención y promoción en salud. Entre los dispositivos más importantes y con continuidad en el tiempo pueden mencionarse:

- Reuniones del Equipo de salud: en estas reuniones se realizaba el abordaje de situaciones tanto individuales como familiares y/o comunitarias, y se planificaban conjuntamente las estrategias de intervención. Participaban residentes de todas las especialidades en formación y sus docentes, así como también integrantes del staff de planta estable del centro de salud.
- Rincones de Lectura: Contando con el ofrecimiento de la Fundación LEER, -ONG interesada en incentivar la lectura en los niños y sus familias- se implementó desde el 2004, espacios de lectura de cuentos en los centros de salud, coordinados por residentes de las diferentes especialidades, con participación de niños/as, padres y vecinos/as. Particularmente estos espacios facilitaban el abordaje de algunos problemas de salud complejos que no podían abordar en la consulta individual con psicología.
- Diversos proyectos de trabajo conjunto con la comunidad derivados de las problemáticas detectadas como desnutrición infantil, embarazo adolescente, etc.

Es importante aclarar que desde año 2008 este programa no ha contado con un coordinador general, el cual que cumplía la función de articular el programa en los distintos efectores de salud, influyendo enormemente en sus posibilidades de funcionamiento. Por ejemplo, a partir de esta situación, la residencia de psicología, que fue la residencia que más dificultades presentó para integrarse al programa desde sus inicios, si bien continúa formando parte del mismo, ha reducido el tiempo de rotación por el primer nivel en pos de aumentar la formación clínica y la práctica en el hospital.

4.5.2 El PMC/ESPNA

El “*Programa Médicos Comunitarios - Equipos de salud del Primer Nivel de Atención*” se creó en el año 2004 y ha implementado desde entonces, una política de formación y fortalecimiento de recursos humanos para el primer nivel de atención con el propósito de consolidar, en los sistemas locales de salud, la estrategia de APS.

Para ello se apuntó al desarrollo de prácticas de prevención y promoción, con activa participación de la comunidad, a través del trabajo en redes e intersectorial, puesto en marcha por un equipo de salud interdisciplinario e intersaberes, es decir integrado por profesionales –de especialidades médicas y no médicas- y no profesionales –agentes sanitarios, agentes sanitarios indígenas, promotores, etc. -.

Junto a universidades públicas y privadas, sistemas de salud provinciales y referentes de los pueblos indígenas, se ha implementado la *Capacitación en Servicio en Salud Social y Comunitaria* para integrantes de equipos de salud de todo el país con el objetivo fundamental de promover la transformación del actual modelo de atención y garantizar a la población el acceso al cuidado de su salud como derecho universal.

Su objetivo general es fortalecer la estrategia de APS, como política de estado, en los sistemas locales de salud; y, sus objetivos específicos apuntan a:

- Fortalecer la conformación de equipos de salud del primer nivel de atención con la incorporación y financiamiento de recursos humanos en los efectores de dicho nivel (Centros de Salud, CICs, Postas Sanitarias, entre otros), para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.
- Capacitar en Salud Social y Comunitaria a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud del primer nivel de atención.

- Implementar las líneas de capacitación del PMC bajo la modalidad en servicio, es decir, en el efector y en terreno.
- Afianzar, entre los equipos comunitarios del primer nivel, las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y el trabajo en redes.
- Recuperar el enfoque de interculturalidad en salud para mejorar el acceso al cuidado y atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Incorporar la perspectiva de género a todas las líneas de acción del programa.
- Reconocer la especificidad del primer nivel de atención y formar recursos humanos que se adecuen a la misma.
- Implementar la estrategia de capacitación permanente en servicio para fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud del primer nivel de atención.

Del total de 9846 profesionales formados entre la 1ª y la 4ª cohorte durante los años 2004 y 2008, un 11% o sea 1027 profesionales, pertenecían a la especialidad de psicología, siendo la segunda especialidad no médica en orden de importancia. La superaba enfermería con un 12% y le seguía Trabajo social con un 9%.

Con respecto al financiamiento, el programa se hace cargo de los recursos humanos durante la realización del posgrado y luego, al finalizar, prevé de alguna manera, según las posibilidades presupuestarias jurisdiccionales, su continuidad laboral a partir del establecimiento de convenios con las provincias y los municipios.⁴⁵

Esto implica por un lado, una inserción laboral con cierta perspectiva de continuidad en el tiempo y en el efector, y por el otro, significa sostener un

⁴⁵ Una vez finalizado el Posgrado en Salud Social y Comunitaria (de 2 años) y el Posgrado de Metodología en Investigación y Servicio (de 1 año más), los becarios pueden permanecer en los municipios, mediante la 3ª Etapa del programa, que asegura la continuidad laboral transfiriéndose los fondos destinados al pago de las becas a dichos municipios. Esta continuidad puede hacerse efectiva mediante la firma de un nuevo convenio celebrado entre Nación-Municipio y Municipio-becario, el cual puede ser de una carga horaria de 35 horas semanales o 20 horas semanales.

sistema de capacitación permanente, ya que está previsto que los tutores trabajen con estos/as profesionales ya formados a partir de dispositivos y materiales diseñados específicamente para ello, y que apuntan a fortalecer los procesos de trabajo de los equipos.

En la actualidad, al cierre de esta investigación, se ha producido un cambio en la conducción del programa que ha planteado algunas incertidumbres respecto de la continuidad de ciertas áreas, entre ellas, el área de capacitación.

4.5.3 Carrera de Especialización “Psicología Social y Comunitaria desde una perspectiva transdisciplinaria”

Existe otra oferta de posgrado con orientación comunitaria en la región, por parte del Colegio de Psicólogos. Al no existir una oferta de formación comunitaria en esta institución -solo había especializaciones clínicas, sobre niños, adultos y psicodiagnóstico- en el 2007 se creó la carrera de especialización en “Psicología y Salud Colectiva desde una perspectiva transdisciplinaria”, que inició en 2008.⁴⁶

La propuesta se constituyó como respuesta a las preocupaciones compartidas por distintos actores de la comunidad profesional y académica respecto de la necesidad de desarrollar estudios de posgrado en psicología, orientados a formar profesionales capaces de abordar una categoría compleja de fenómenos sintomáticos cuya explicación no se agota en la comprensión de la estructura individual del sujeto ni en la macroestructura social que lo incluye.

Plantea como objetivos los siguientes ejes:

- Constituir un espacio de formación de postgrado dirigido a licenciados en psicología, en modalidades de intervención y cuidados específicos que puedan aplicarse tanto a la promoción de la salud mental como a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con sufrimiento psíquico y/o trastorno mental.

⁴⁶ Información proveniente de entrevistas a funcionarias del Colegio de Psicólogos y pagina web de la institución: www.colegiodepsicologos.org.ar/

- Orientar la formación teórico-práctica transdisciplinaria para abordar problemas de salud mental concretos mediante modelos de integración con otros profesionales, con diferentes instituciones, sectores del estado y organismos de la comunidad.
- Integrar en la capacitación la investigación local de problemáticas de salud mental y las acciones de asistencia en equipo y en redes sociales

Es una carrera que ha tenido siempre muy poca convocatoria⁴⁷ con respecto a las otras carreras más clínicas, y que le ha generado muchos gastos a la institución. Sin embargo, como la política del colegio ha sido invertir en este tipo de formación, sigue figurando actualmente entre las ofertas de capacitación.

Recientemente se le ha modificado el nombre a “Psicología Social y Comunitaria desde una perspectiva transdisciplinaria” en el entendido que el término Salud Colectiva puede no ser muy convocante para los/as psicólogos y porque además, las demandas de capacitación dirigidas al colegio apuntan a la formación en psicología comunitaria. Incluye prácticas en terreno y dos cursos para los síntomas más detectados en la región -como son la violencia y las adicciones (o problemáticas del consumo)- que están orientados al trabajo comunitario y no a la práctica clínica tradicional.

⁴⁷ La carrera inició con 25 alumnos y terminaron 7. En las otras carreras terminan cerca de 20 alumnos aproximadamente.

Preguntas

Interrogante central:

¿Cuál es la influencia de la formación de posgrado en las prácticas profesionales de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención?

Preguntas derivadas del interrogante central:

- ¿Qué tipo de posgrados han realizado los/as psicólogos/as?
- ¿Cuál es la orientación predominante de la formación de posgrado (comunitaria o clínica)?
- ¿Cuáles son las prácticas profesionales realizadas más frecuentemente por los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención en relación a la definición y abordaje de los problemas de salud mental?
- ¿Existen diferencias entre las prácticas realizadas por los/as psicólogos/as que poseen formación de posgrado con orientación comunitaria y los/as que tienen una formación clínica? Si hay diferencias, en ese caso ¿cuáles son?

Objetivos

Objetivo general:

Analizar la influencia de la formación de posgrado en las prácticas de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Conocer los distintos tipos de posgrados realizados por los/as psicólogos/as.
- Conocer la orientación predominante de la formación de posgrado (comunitaria o clínica).
- Identificar las prácticas realizadas más frecuentemente por los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención en relación a la definición y abordaje de los problemas de salud mental.
- Identificar eventuales diferencias entre las prácticas de los/as psicólogos/as que poseen formación de posgrado con orientación comunitaria y los/as que tienen una formación clínica.

Metodología

Este es un estudio descriptivo-exploratorio basado en fuentes primarias –un cuestionario de opinión aplicado a psicólogos/as, contactos informales con algunos/as profesionales a partir de la aplicación del instrumento, y entrevistas a informantes clave de instancias gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen formación de grado y posgrado- y fuentes secundarias como documentos relativos a políticas en salud mental, legislación, programas de formación de posgrado, diversos registros estadísticos y bibliografía específica.

La unidad de análisis fueron los/as psicólogos/as que se desempeñan o que se desempeñaron en efectores de primer nivel de atención del Partido de Berisso y de La Plata, siendo las prácticas profesionales el atributo seleccionado para esta investigación.

La muestra a la que se aplicó el cuestionario es de tipo no probabilístico, intentando abarcar la mayor cantidad de profesionales. Estuvo constituida por 50 psicólogos/as que:

- trabajaban en los efectores del Primer Nivel de Atención del Partido de La Plata y del Partido de Berisso alcanzando un total de 35 profesionales.
- actualmente no desarrollaban tareas en el primer nivel de atención, pero que sí las habían desarrollado hasta no hace mucho tiempo atrás y que habían realizado una formación de posgrado con orientación para el trabajo comunitario en la jurisdicción de Berisso: 9 profesionales.
- trabajaban en el Servicio de Salud Mental del H.Z.G.A “Mario V. Larraín” -único hospital que posee el partido de Berisso- que a su vez eran residentes y ex-residentes que habían trabajado en efectores del primer nivel de atención y que poseían en su mayoría, una

formación de posgrado con orientación comunitaria: 6 profesionales. Este hospital -a pesar de ser un efector de segundo nivel de atención- funciona prestando servicios de salud a una gran cantidad de población que no cuenta con un centro de salud cercano para acceder a servicios de salud.

La Plata cuenta con 45 CAPS, de los cuáles solo 30 poseen la especialidad de psicología. Se aplicó el cuestionario a 18 profesionales en actividad, es decir al 60%. En este caso, cómo el acceso a los/as profesionales fue facilitado por la Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud - Secretaría de Salud y Medicina Social del Municipio de La Plata, el número de profesionales seleccionados para responder al cuestionario estuvo determinado por las autoridades. El Municipio envió una invitación a dichos profesionales, quienes asistieron a una reunión organizada para trabajar con el instrumento en la sede de la Dirección. No fue posible contactar a los/as profesionales que no asistieron a la misma debido a una decisión de las autoridades.

Berisso por su parte cuenta con 9 Centros de Salud, de los cuáles 8 tienen la especialidad de psicología sumando un total de 17 profesionales. En este caso se aplicó el cuestionario al 100% de los profesionales. El acceso se vio ampliamente facilitado porque la investigadora tenía mayor contacto con la mayoría de los mismos/as por razones laborales y académicas.

En relación a las técnicas e instrumentos utilizados, se recurrió a la entrevista semiestructurada – que figura en el Anexo A del documento- para los/as informantes clave y a un cuestionario de opinión -en el Anexo B- para los/as psicólogos/as.

El cuestionario se construyó para indagar la opinión de los/as psicólogos/as sobre los aspectos analizados en esta investigación. Se explicaron las razones del estudio y cuestiones relativas a los aspectos éticos. El mismo incluyó 20 preguntas que presentaban opciones definidas previamente. Solo una pregunta y una de las opciones de la última pregunta tuvieron un carácter abierto.

La primera parte del cuestionario solicitaba información sobre datos generales y otros referidos a la inserción laboral y tipo de formación recibida así como su orientación. La segunda parte del cuestionario se centró en los aportes del grado y especialmente del posgrado para el trabajo en el primer nivel de atención. La tercer parte del cuestionario apuntó a conocer los problemas de salud mental identificados por los/as profesionales.

La última parte se concentró en la frecuencia con que los/as profesionales realizaban distintas prácticas, para lo cual, se seleccionaron preguntas que indagaban sobre las prácticas de orientación comunitaria y otras de orientación clínica. También se les presentó una situación tipo con diferentes alternativas de acción y se les pidió que seleccionasen la alternativa que más se aproximara a su práctica habitual. Por último, se les preguntó qué aspectos consideraban que debían mejorarse en su modalidad de trabajo.

El cuestionario fue procesado estadísticamente realizándose tablas de frecuencia, cruces de variables, y graficación de los datos obtenidos.

Para las entrevistas se seleccionó a los/as informantes clave que pertenecían a instancias gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen formación de grado y posgrado a los/as psicólogos en la región, como ser: MSPBA (tipo de posgrados abarcados: PMC/ESPNA – Residencias PRIM – Residencias de Psicología), Facultad de Psicología de la UNLP (formación de grado) y el Colegio de Psicólogos del Distrito XI (tipos de posgrados abarcados: especializaciones).

En las entrevistas se indagaron los aspectos señalados en el anexo A y para el análisis del material se procedió a realizar un ordenamiento y una sistematización alrededor de ejes centrales. Algunos ejes eran comunes a algunas instituciones y otros eran más específicos. A continuación se enumeran:

A- Ejes comunes al MSPBA y el Colegio de Psicólogos:

- Posicionamiento político respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental (este eje también se aplicó a la UNLP)
- Características del trabajo de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención.
- Formación o marco teórico predominante.
- Adecuación de la formación a los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y al tipo de prácticas implementadas.

B- Ejes comunes a las Direcciones de Salud Mental y APS del MSPBA:

- Principales problemas de la población en materia de salud mental.
- Situación general del recurso humano de salud mental de la provincia de Buenos Aires.

C-Ejes específicos de la UNLP:

- Perfil formativo predominante de la formación de grado.
- Orientación de la currícula hacia el campo de la salud pública o la psicología comunitaria.

D-Eje común a la UNLP, el Colegio de Psicólogos y a la Dirección de Capacitación del MSPBA:

- Experiencias de capacitación en el primer nivel de atención para los/as estudiantes/ residentes/ profesionales no residentes.

Aspectos éticos:

La consulta a los informantes clave no planteó dificultades de tipo ético, pues el contenido de las entrevistas se refirió a opiniones sobre las características de la formación de los/as psicólogos/as y sus prácticas en el

ámbito del primer nivel de atención, excluyendo aspectos personales o privados.

Igualmente, en el caso del cuestionario, se tuvieron en cuenta los mismos criterios y se explicitaron pautas tales como: el carácter anónimo del mismo y la disponibilidad voluntaria para realizarlo, el carácter de la información solicitada, el uso y confidencialidad de la misma, la publicación y devolución de los resultados y los datos de contacto de la investigadora para responder dudas e inquietudes.

Definiciones operativas:

El estudio requirió el abordaje de algunos conceptos que de modo sintético, se consignan a continuación. Ellos son: prácticas profesionales, primer nivel de atención, formación de posgrado, posgrado con orientación comunitaria y posgrado con orientación clínica.

A-Prácticas profesionales:

Para la definición de este término se partió del hecho que las acciones en general y en particular las ligadas al quehacer profesional, son el resultado de la incorporación de recursos históricos, sociales y simbólicos donde también intervienen representaciones vinculadas al quehacer profesional que expresan una cosmovisión compartida entre los profesionales y su comunidad de práctica (Funes Molineri et al, 2009).

Se tomó como referencia principal, la postura de Davini, que entiende que las prácticas constituyen la acción humana y profesional en el marco de un contexto social e institucional. Esta autora plantea que en las prácticas del trabajo están imbricadas dos dimensiones: la dimensión de la práctica profesional entendida como un conjunto de saberes y acciones técnicas propias de una determinada categoría; y la dimensión de la práctica social que supone un conjunto de interacciones socio-institucionales propias del equipo de

salud. De la consideración de ambos aspectos en la formación depende su potencial transformador (Davini 1989).

B-Primer Nivel de Atención:

En la definición de este término se encuentra una habitual confusión que tiende a asimilar el nivel de atención y organización de los servicios de salud con la estrategia de APS. Dicha estrategia no se circunscribe a un nivel de atención del sistema de salud sino que constituye según la OMS, la función central y el foco principal del sistema de salud de un país.⁴⁸

En cambio el primer nivel de atención se refiere a los efectores de salud, como centros de salud o postas sanitarias, donde se brinda la asistencia sanitaria esencial en el mismo lugar donde se la solicita, con métodos prácticos, científicamente fundados y accesibles a todos los miembros de la comunidad. Participan otros sectores así como también la comunidad.⁴⁹

Para su definición se tomó como referencia la Ley básica de Salud de la CABA N° 153⁵⁰ que determina este nivel de atención, como aquel que incluye todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. La norma también establece su nivel de organización en base a determinados ejes:

- a. *Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención.*

⁴⁸ Definición proveniente del Glosario de términos empleados en la Serie Salud para Todos N° 1 a 8. Ginebra 1984- OMS citado por Bertolote, J. M. en Temas de salud mental en la comunidad. Cap. IV - Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 19. I. Levav Editor. OPS/OMS. 1992

⁴⁹ Bertolote (1992) incluye entre sus características la educación para la salud, la asistencia materno-infantil, la prevención de enfermedades endémicas locales e inmunización contra enfermedades infecciosas, el tratamiento de enfermedades incluidos los trastornos mentales, el suministro de medicamentos esenciales, el funcionamiento de un equipo que debe ser capaz de resolver el 90% de la demanda de atención incluida la salud mental. Temas de salud mental en la comunidad. Cap. IV - Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 19. I. Levav Editor. OPS/OMS. 1992

⁵⁰ Artículo 18 de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 153/99. Disponible en: www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/

- b. *Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.*
- c. *Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.*
- d. *Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector.*
- e. *Promover la participación comunitaria.*
- f. *Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.*
- g. *Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.*
- h. *Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.*⁵¹

C-Formación de Posgrado:

Se entiende en líneas generales por formación de posgrado, a todas aquellas instancias formativas efectuadas luego de la formación de grado.

Para delimitar claramente sus límites -ya que suele denominarse formación de posgrado a todas aquellas actividades formativas que conforman una carrera como así también a los cursos y seminarios dictados por diversas instituciones educativas, que resultan en una mejora de la formación profesional- se recurrió a la Ordenanza N° 261/03 de la UNLP.

La ordenanza establece que las *actividades de postgrado* son espacios académicos destinados a la capacitación, actualización y/o perfeccionamiento

⁵¹ Artículo 19 de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 153/99. Disponible en: www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/

de profesionales, docentes y/o investigadores, en un área temática determinada. En cambio, las llamadas *carreras de grado académico* o *carreras de posgrado* permiten obtener los títulos de Doctor, Magíster y Especialista, en el campo de una o varias disciplinas, e implican la realización de un trabajo final, obra o tesis de posgrado.

Bajo la denominación formación de posgrado también se incluyeron en este estudio a las residencias, que constituyen una formación de posgrado otorgada por instancias gubernamentales sanitarias como los ministerios de salud. Para su definición se tomó como referencia la Ordenanza N° 40.997/86 de la CABA⁵² que determina que la residencia es un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada.

Asimismo quedaron incluidas también todas aquellas actividades orientadas a la formación clínica, bajo la modalidad de cursos y seminarios para graduados, dictadas por universidades, colegios, asociaciones psicoanalíticas, y otros de orden privado.

D-Sobre las orientaciones del posgrado:

Se definieron para este trabajo dos orientaciones, la comunitaria y la clínica, utilizando como base la propuesta de Levav, I. et al (1992) sobre los modelos de atención en la comunidad. En especial para definir la orientación comunitaria, también se tomaron como referencia los lineamientos de algunos posgrados mencionados en el marco teórico.

Es así que un posgrado con orientación clínica es aquel que promueve la formación especializada, teórica y de entrenamiento de los profesionales contribuyendo a su especialización para que puedan desempeñarse en el área clínico asistencial en instituciones hospitalarias u otras instituciones

⁵² La normativa se encuentra disponible en:
<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/sistmun.pdf>

asistenciales. Apunta a formar al profesional en la atención de la enfermedad mental -teniendo como referencia fundamental a la psicopatología, lo que involucra las estructuras clínicas y la nosografía psiquiátrica- y a capacitarlo en el reconocimiento de los signos y síntomas para proceder luego a su tratamiento a través de los distintos momentos que éste implica.

A su vez puede brindar entrenamiento en los distintos recursos terapéuticos y dispositivos de atención, - como la consulta ambulatoria, el hospital de día, la urgencia en la guardia y la internación- en el manejo de test psicológicos y en el dominio de otras técnicas psicoterapéuticas -ya sea de índole individual, grupal, familiar, de pareja, niñez y adolescencia, etc. teniendo en cuenta que esto dependerá de la corriente psicológica elegida por el profesional, por ejemplo el psicoanálisis (en sus distintas orientaciones), la psicoterapia, la terapia sistémica, etc.

Un posgrado con orientación comunitaria es aquel que capacite al profesional para el abordaje de fenómenos sintomáticos y sociales, que no logran explicarse a través del estudio de la estructura psíquica del sujeto. En general este tipo de posgrados plantean como eje fundamental la transformación del actual modelo de atención a partir de la adecuación de la formación del recurso humano, a dispositivos de trabajo interdisciplinario para el abordaje proceso salud-enfermedad de las poblaciones o comunidades, enfocados al diagnóstico de situación de salud de las mismas y la detección de sus necesidades y recursos, a la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, el trabajo en redes e intersectorial, con activa participación de la comunidad.

Resultados

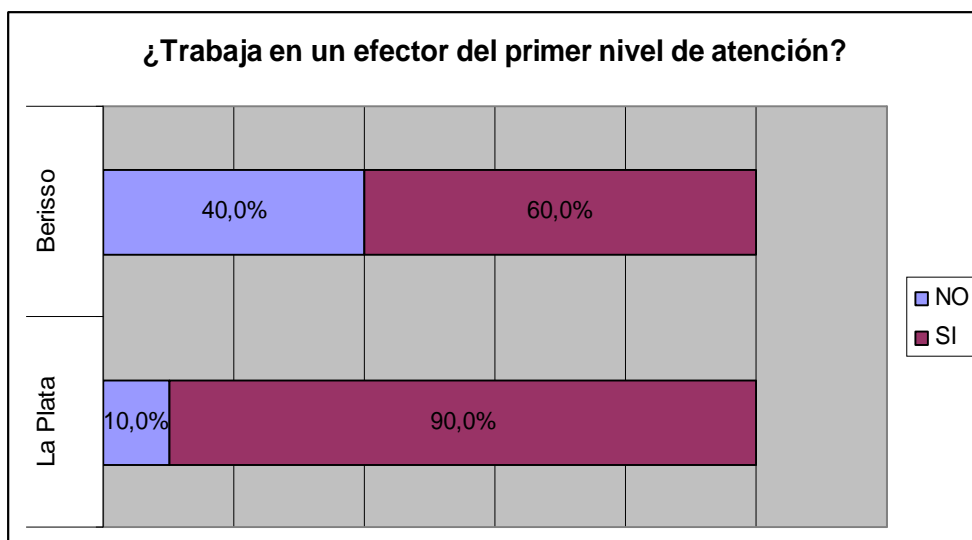
Del total de 50 psicólogos/as encuestados, el 90% eran mujeres. La mediana fue de 36 años, con un máximo de 58 y un mínimo de 24. La mayor parte había egresado de la UNLP y el resto de la UCALP. El marco teórico de referencia fue el psicoanálisis en todos los casos, mayormente de orientación lacaniana.

En la actualidad, solo un 72% de los profesionales se desempeñaban en efectores del primer nivel de atención y el resto en el sector privado. La mediana del tiempo de trabajo en el primer nivel de atención fue de 6 años con un máximo de 32 años y un mínimo de 7 meses.

El 60% de los profesionales pertenecía a la jurisdicción del partido de Berisso y el resto a la jurisdicción de La Plata.

En el gráfico 1 se puede observar la cantidad de profesionales en actividad en el primer nivel de atención distribuidos por localidad, destacando que en Berisso, un porcentaje bastante importante no estaba desarrollando tareas en la actualidad.

Gráfico 1:



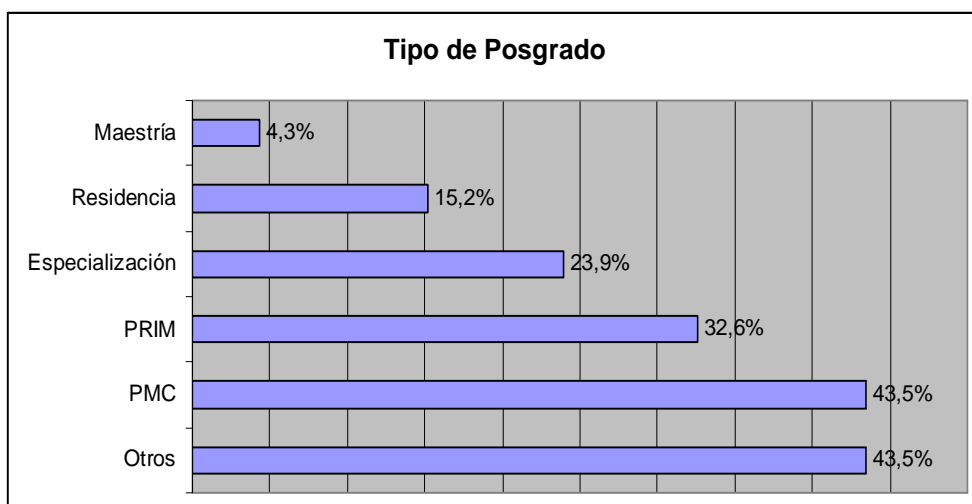
La mayor parte de los profesionales (92%) había realizado una formación de posgrado. El porcentaje de profesionales (8%) que no realizó una formación de posgrado no fue tomado en cuenta para la descripción que sigue por lo cual los datos que se presentan corresponden a un total de 46 profesionales que realizaron formación posgrado.

Sobre el tipo de posgrado, las becas del PMC y los cursos de formación clínica no formales como grupos de estudio y seminarios sobre teoría psicoanalítica –nucleados en la opción Otros- fueron los posgrados más efectuados por los profesionales.

Luego le siguieron en orden de importancia las residencias del PRIM y las especializaciones, estas últimas sobre clínica psicoanalítica. Finalmente algunos profesionales habían realizado una residencia disciplinar y hospitalaria, y por último las maestrías, que constituyeron una opción minoritaria para formarse luego del grado.

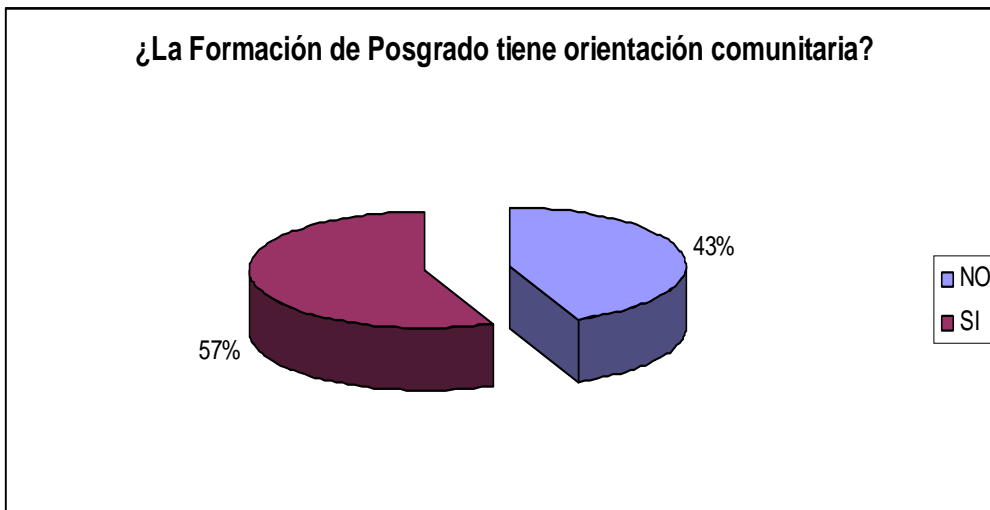
Es importante señalar que los/as psicólogos/as con POCOM realizaron también alguna formación de posgrado de tipo clínico. En el gráfico 2 se puede apreciar qué posgrados seleccionaron los profesionales entre las opciones existentes:

Gráfico 2:



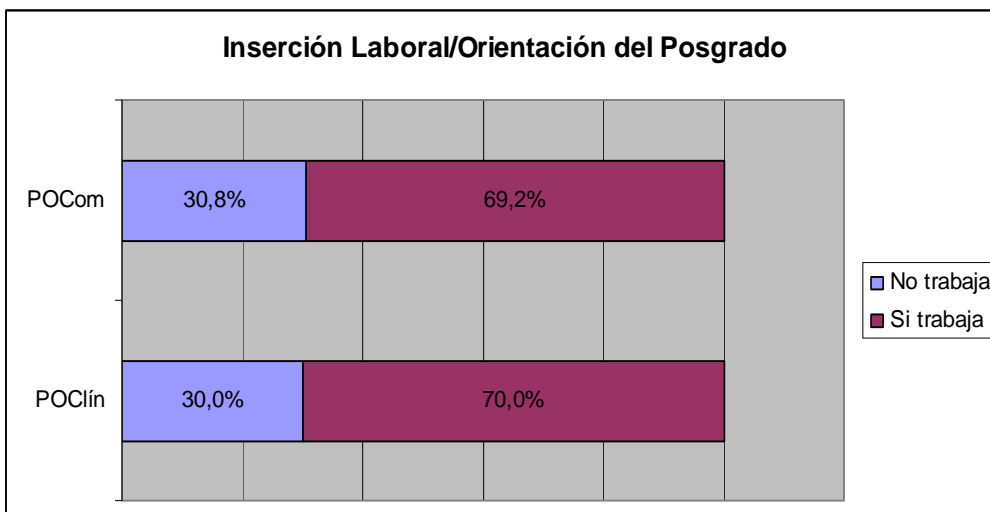
Respecto de la orientación del posgrado, el 57% de los casos poseía una orientación comunitaria y el resto una orientación clínica. El carácter de la orientación –clínica ó comunitaria- surgió de la autovaloración de los propios profesionales.

Gráfico 3:



La inserción laboral en el primer nivel de atención prácticamente no registró diferencias entre los/as psicólogos/as con formación comunitaria y los/as que tenían formación clínica:

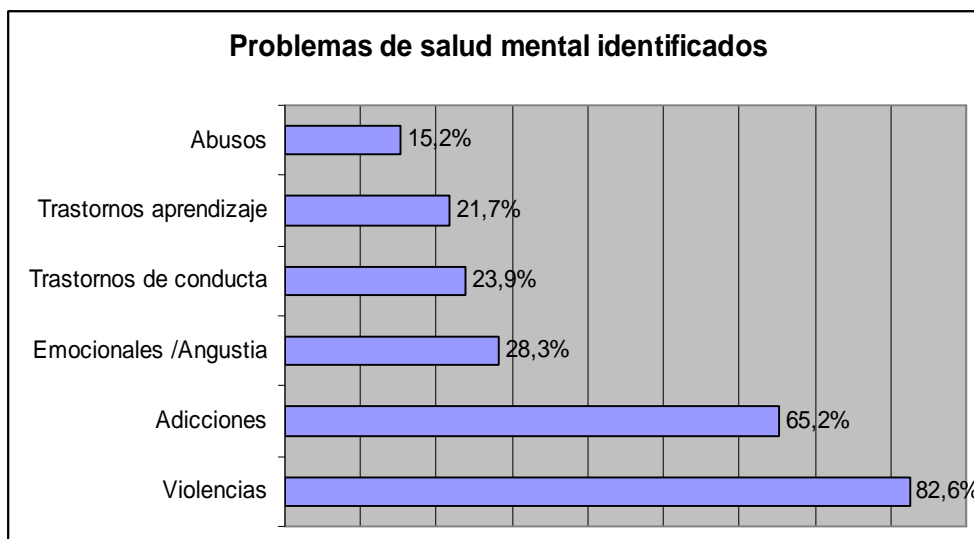
Gráfico 4:



Con respecto a la identificación de problemas de salud mental, las violencias fueron las más mencionadas. Le siguieron en orden de mérito las adicciones, los trastornos emocionales/de angustia, los trastornos de conducta, los trastornos de aprendizaje y los abusos.

En el gráfico 5 se presentan las categorías seleccionadas con sus respectivos porcentajes:

Gráfico 5:



Los problemas mencionados tuvieron un peso diferente en La Plata y en Berisso.

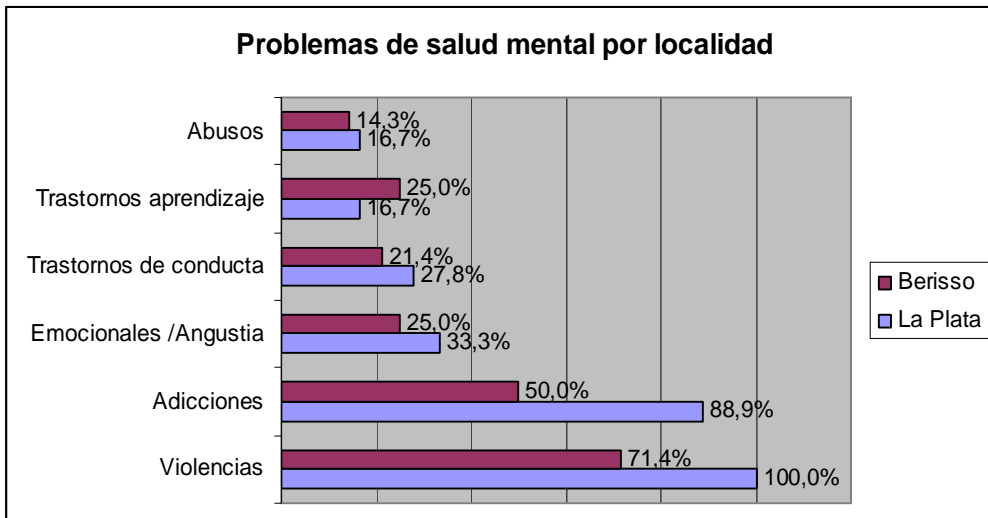
En La Plata, las violencias aparecieron mencionadas en todos los casos, siguiéndole en orden de importancia las adicciones, los trastornos emocionales/de angustia, los trastornos de conducta y por último los trastornos de aprendizaje y los abusos.

En Berisso, las violencias también fueron mencionadas en un porcentaje bastante alto, siguiéndole en orden de importancia las adicciones, los trastornos emocionales/de angustia y los trastornos de aprendizaje por igual, los trastornos de conducta y por último los abusos.

Las diferencias más significativas entre ambas localidades

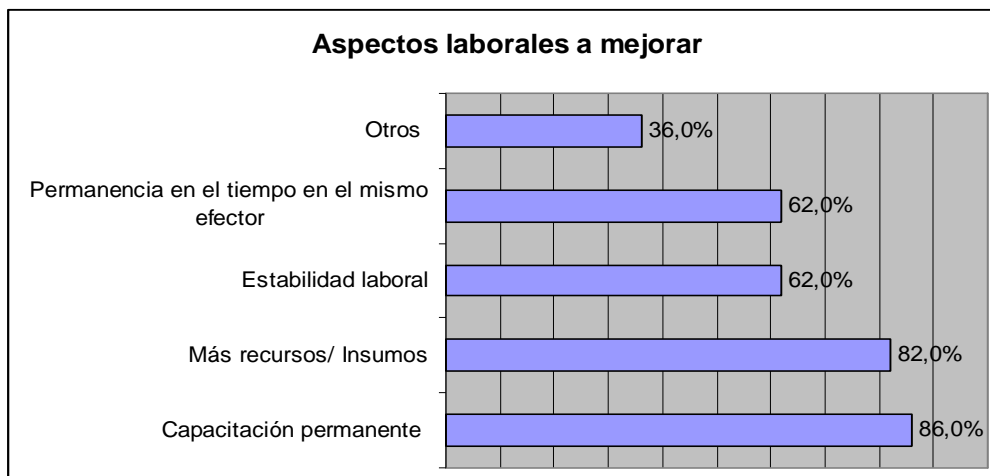
correspondieron a que en La Plata el porcentaje de violencias y adicciones era mucho mayor que en Berisso, siguiéndole los trastornos emocionales/de angustia, los trastornos de conducta y los abusos siempre con un porcentaje un poco mayor con respecto a la otra localidad. En Berisso, la diferencia más llamativa que se encontró fue la de los trastornos de aprendizaje, que resultaron ser más mencionados por los/as profesionales que en La Plata.

Gráfico 6:



En relación a los aspectos mejorables en el trabajo, la necesidad de capacitación permanente prevaleció sobre las demás, seguida del pedido de mayor cantidad de recursos e insumos. Luego la estabilidad laboral y la permanencia en el tiempo en un mismo efector fueron valoradas en la misma medida; por último algunos profesionales seleccionaron la opción otros - que se comentará más adelante- en menor proporción respecto de las otras opciones.

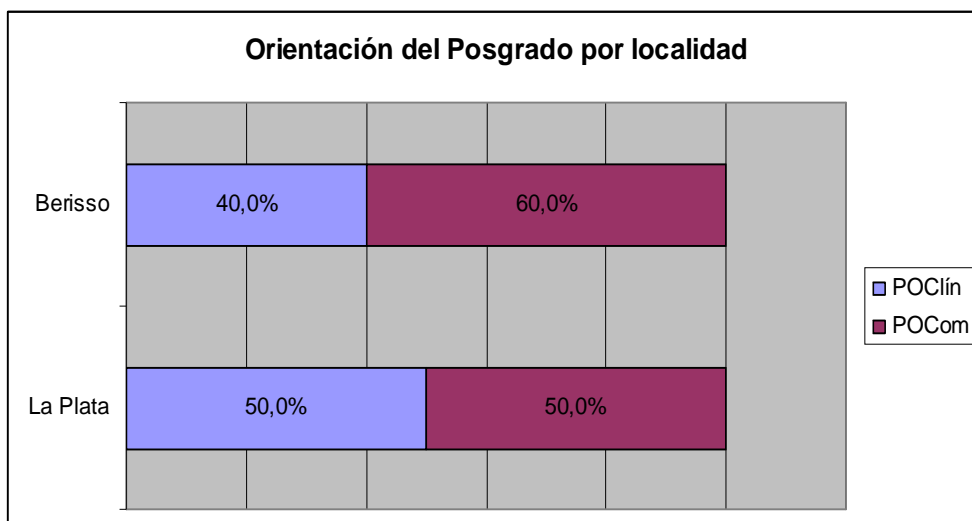
Gráfico 7:



Teniendo en cuenta que el 92% de los profesionales de la muestra, poseía formación de posgrado, la descripción de los siguientes resultados se realiza en base a dos grupos denominados “Posgrado con orientación clínica” en adelante POClín, y “Posgrado con orientación comunitaria”, en adelante POCCom.

Una primera cuestión que merece ser destacada, es la distribución por localidad de los dos grupos: mientras que en La Plata el porcentaje de profesionales con POClín y con POCCom resultó ser igual, en Berisso apareció una diferencia a favor del grupo POCCom.

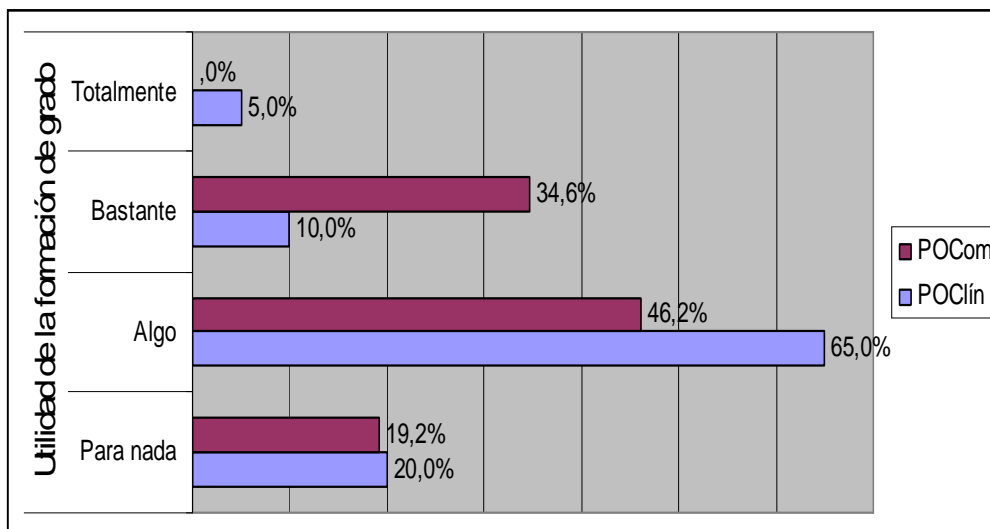
Gráfico 8:



La segunda cuestión tiene relación con los posgrados orientados al trabajo comunitario realizados por los profesionales: la opción PMC constituyó la más elegida para formarse. También un gran número de estos profesionales realizó cursos y seminarios sobre clínica psicoanalítica. La tercer cuestión a señalar tiene que ver con la inserción laboral y el tipo de posgrado: entre los psicólogos que trabajaban actualmente en el primer nivel de atención, la beca del PMC fue el posgrado más realizado por sobre la residencia del PRIM. Entre quienes no trabajaban en este momento, se registró un alto porcentaje de profesionales con posgrado PRIM.

En relación a la **formación de grado** la mayor parte del grupo POClín consideró que la misma le había resultado poco útil o para nada útil. En cambio en el otro grupo, se observó una tendencia diferente, ya que, a pesar de que más de la mitad de los profesionales consideró que la formación de grado le había sido poco útil o para nada útil, el porcentaje que la valoró considerablemente mejor fue alto:

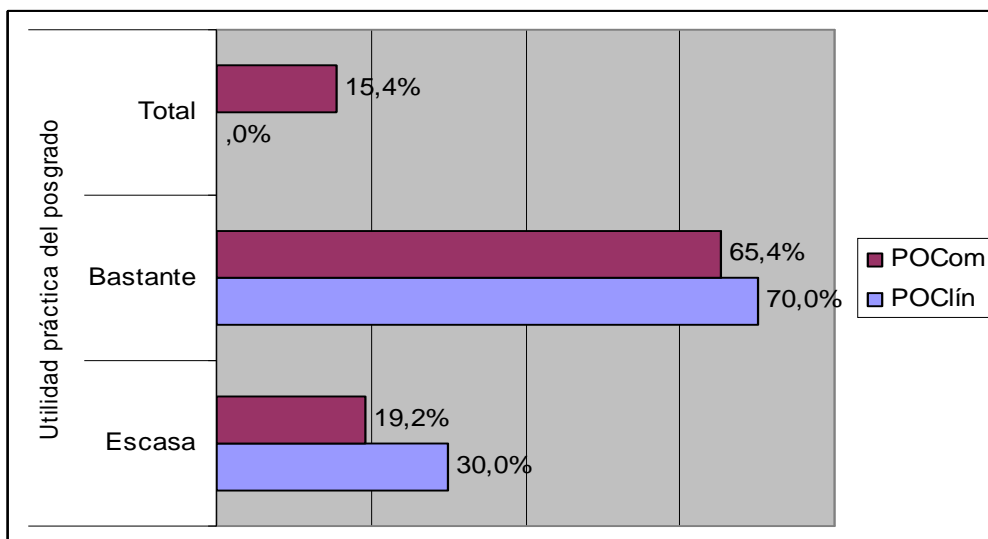
Gráfico 9:



Con respecto a la utilidad de la **formación de posgrado** para el primer nivel de atención se presentan los resultados en función de los aspectos indagados:

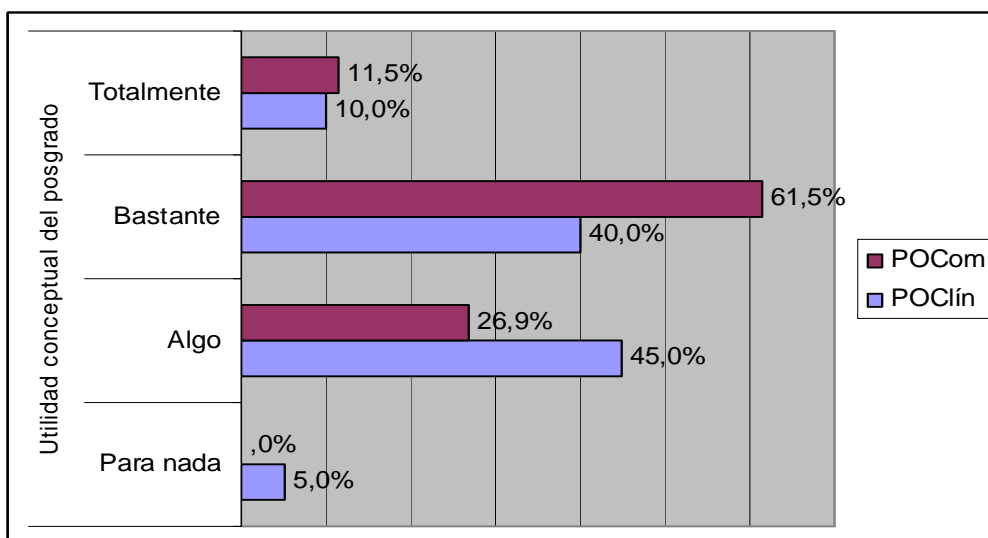
Sobre la *utilidad práctica del posgrado en la experiencia laboral*, la misma fue bien valorada en el grupo POClin, ya que más de la mitad opinó que le resultó bastante útil. En el grupo POCCom, le otorgaron al posgrado una valoración un tanto mayor en comparación con el otro grupo.

Gráfico 10:



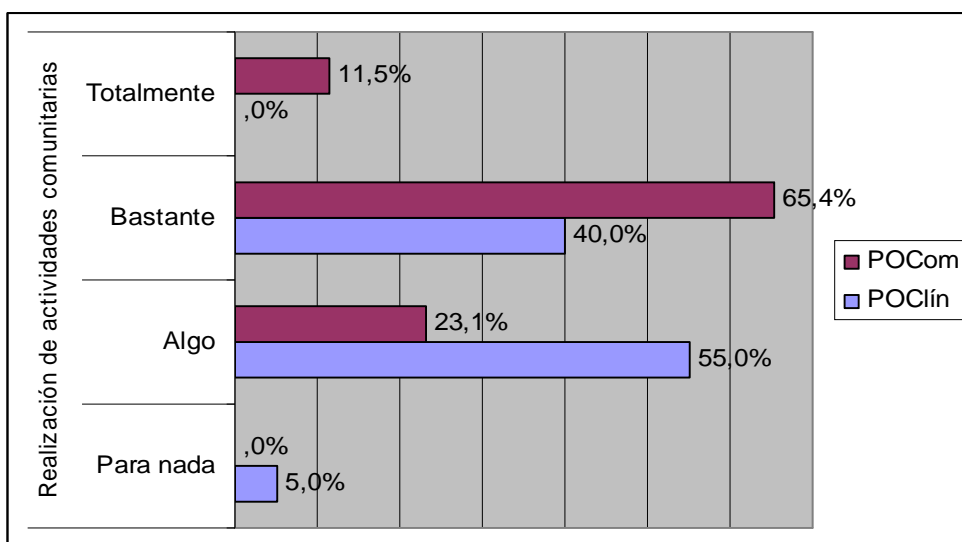
En relación a la *utilidad conceptual del posgrado para ampliar y enriquecer lo que engloba la salud mental*, en el grupo POClin, la mitad no valoró estos aportes y la otra mitad si. En cambio en el grupo POCCom la tendencia fue diferente, ya que bastante más de la mitad valoró muy bien dichos aportes.

Gráfico 11:



Acerca de si el *posgrado facilitó la realización de actividades comunitarias y/o grupales*, se observó que en el grupo POClín solo un poco menos de la mitad consideró que el posgrado le había facilitado la realización de este tipo de actividades. En el otro grupo, la tendencia fue nuevamente diferente ya que en este caso un porcentaje muy alto opinó favorablemente respecto de esta cuestión.

Gráfico 12:



Sobre si el *posgrado facilitó la comunicación con la comunidad*, en el grupo POClín sólo un tercio admitió que si. En el otro grupo la relación fue justamente inversa ya que más del 70% consideró muy bien dichos aportes. Respecto a si el *posgrado contribuyó a la comprensión de la realidad e idiosincrasia de las personas pertenecientes a la comunidad donde trabajan*, la mitad del grupo POClín, consideró que si. En el otro grupo, la mayoría opinó positivamente respecto de este punto.

Gráfico 13:

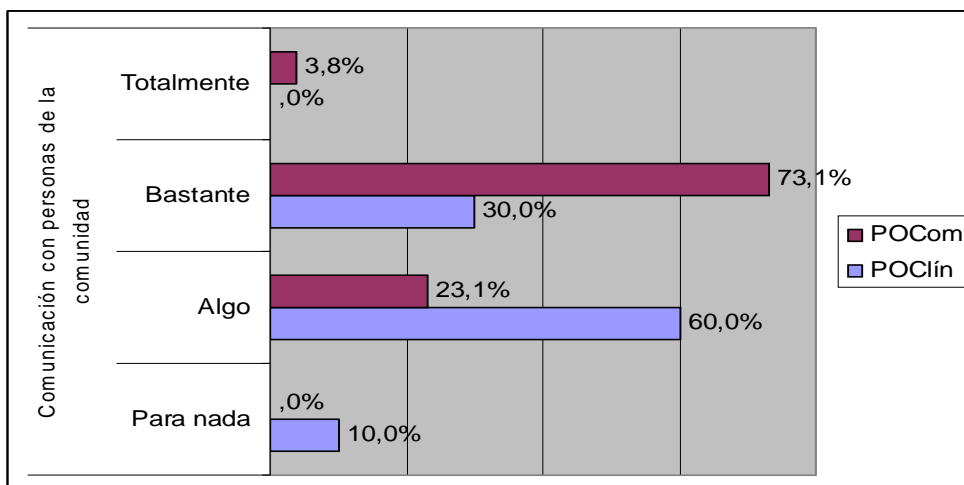
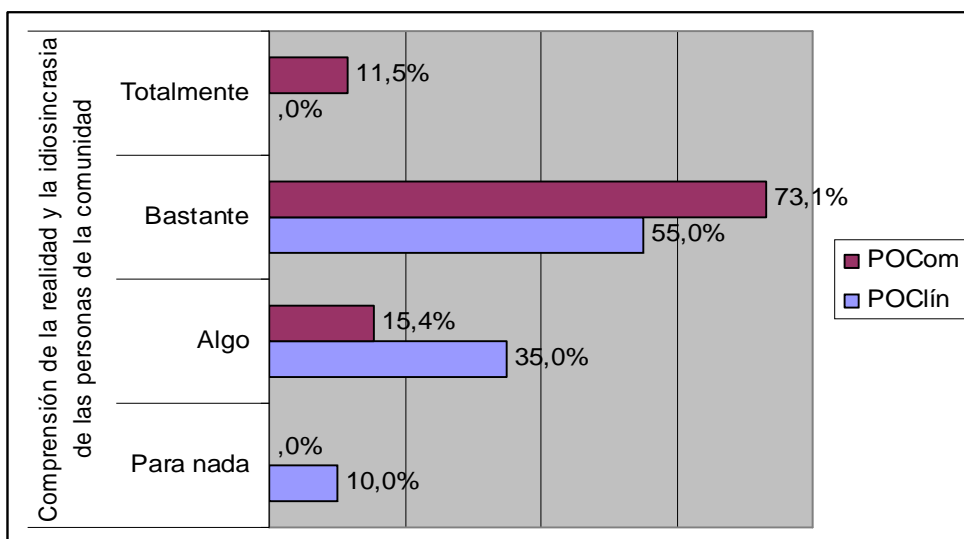
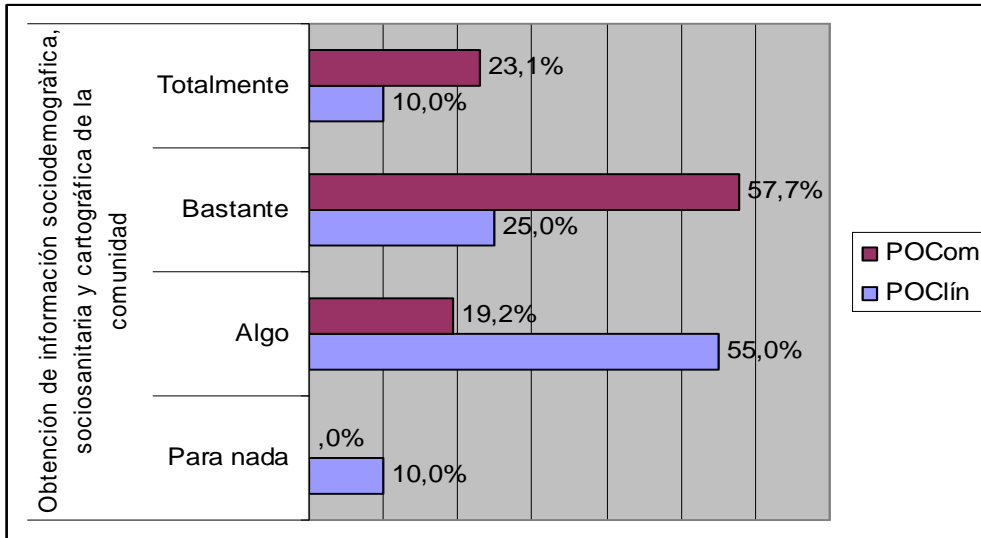


Gráfico 14:



Por último, en lo tocante a cómo valoraron la necesidad de obtener *información sociodemográfica, sociosanitaria y cartográfica sobre la comunidad* a partir del posgrado, un poco más de la tercera parte del grupo POClín, valoró bastante bien su obtención. Y, en el grupo POCOM un porcentaje muy alto consideró importante obtener este tipo de información para conocer y trabajar con la comunidad.

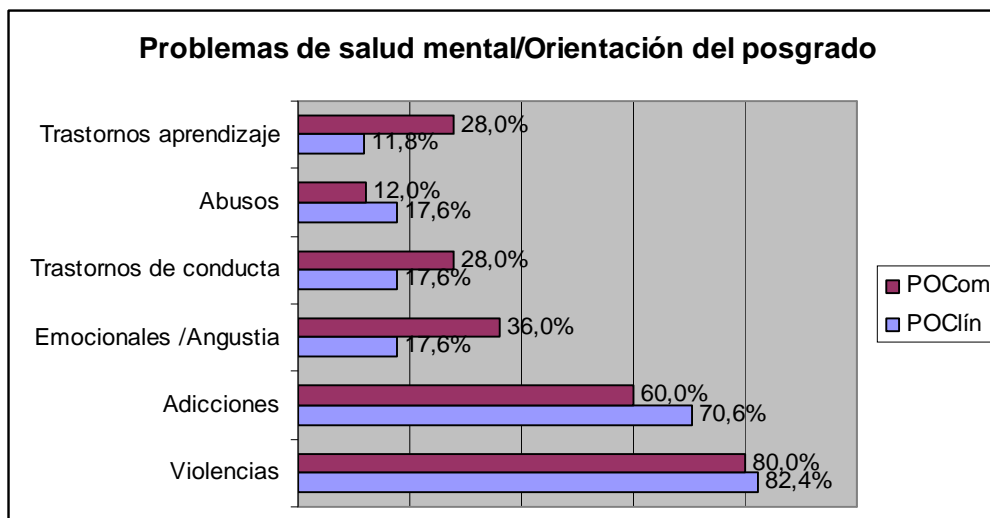
Gráfico 15:



Acerca de la definición de los **problemas de salud mental**, se presentan las diferencias existentes entre los dos grupos en relación a los problemas que identificaron.

Con respecto a identificación de las violencias, los abusos y las adicciones, no aparecieron grandes diferencias entre los dos grupos, siendo los valores levemente mayores en el grupo POClín. En cambio en los trastornos emocionales/de angustia, trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta, hubo diferencias importantes:

Gráfico 16:



En relación a las prácticas que realizaban los profesionales, en un contexto de baja participación comunitaria en lo referido a la identificación, jerarquización y abordaje de los problemas de salud, se indagó sobre frecuencia de las mismas.

En la Tabla I puede observarse que en relación a las prácticas correspondientes al abordaje frecuente de algunos problemas indagados, los valores fueron un poco altos en el grupo POCOM, sobre todo en el caso de las adicciones y los trastornos mentales:

TABLA I

Problemas de salud	Orientación del posgrado	Frecuencia de realización de prácticas referidas a los problemas de salud			
		Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos de adicciones	POCom	3,8%	34,6%	46,2%	15,4%
	POClín	0%	45%	20%	35%
Detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos de trastornos alimentarios	POCom	11,5%	23,1%	46,2%	19,2%
	POClín	0%	40%	30%	30%
Detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos de trastornos mentales	POCom	3,8%	19,2%	53,8%	23,2%
	POClín	0%	35%	25%	40%
Detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos de violencia	POCom	0%	11,5%	57,7%	30,8%
	POClín	5%	15%	50%	30%

Nota: Los valores de la Tabla I fueron ordenados en orden creciente tomando como referencia la frecuencia de realización de las prácticas expresada por las respuestas “frecuentemente” y “casi siempre” por parte del grupo POCom.

A continuación, en la Tabla II se presentan los valores de las prácticas realizadas por los dos grupos. Tomando el mismo criterio que en la Tabla I, los valores presentados en la Tabla II fueron ordenados en orden creciente teniendo como referencia la frecuencia de realización de las prácticas expresada por las respuestas “frecuentemente” y “casi siempre” por parte del grupo POCom:

TABLA II

Tipo de prácticas	Orientación del posgrado	Frecuencia de realización de las prácticas			
		Nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
Realización de psicodiagnósticos	POCom	100%	0%	0%	0%
	POClín	95%	0%	5%	0%
Uso mecanismos formales para conocer la opinión de la comunidad	POCom	26,9%	50%	19,3%	3,8%
	POClín	20%	40%	30%	10%
Evaluación de la cobertura e impacto de las acciones	POCom	30,8	42,3%	15,4%	11,5%
	POClín	50%	40%	5%	5%
Gestión de recursos municipales	POCom	11,6%	53,8%	23,1%	11,5%
	POClín	15%	35%	30%	20%
Asistencia psicoterapéutica grupal	POCom	65,4%	19,2%	0%	15,4%
	POClín	63,2%	36,8%	0%	0%
Investigación orientada a los problemas detectados	POCom	19,3%	42,3%	26,9%	11,5%
	POClín	10,5%	63,2%	15,8%	10,5%
Asistencia psicoterapéutica familiar y/o pareja	POCom	38,5%	23,1%	19,2%	19,2%
	POClín	15%	55%	25%	5%
Uso y conocimiento de indicadores socio demográficos	POCom	15,4%	46,2%	30,8%	7,7%
	POClín	35%	35%	30%	0%
Análisis de situación de salud	POCom	0%	57,7%	30,8%	11,5%
	POClín	0%	45%	25%	30%
Participación en reuniones comunitarias	POCom	7,7%	42,3%	42,3%	7,7%
	POClín	5%	45%	20%	30%
Actividades de prevención y promoción en escuelas	POCom	7,7%	38,5%	34,6%	19,2%
	POClín	0%	35%	30%	35%
Proyectos comunitarios sobre probl. detectados con la comunidad	POCom	3,8%	42,3%	34,6%	19,2%
	POClín	0%	45%	40%	15%
Visitas domiciliarias	POCom	19,2%	19,2%	46,2%	15,4%
	POClín	20%	35%	25%	20%
Reuniones de equipo	POCom	3,8%	34,6%	23,1%	38,5%
	POClín	0%	25%	40%	35%
Talleres con la comunidad	POCom	3,8%	30,8%	46,2%	19,2%
	POClín	0%	45%	35%	20%
Trabajo en red	POCom	0%	26,9%	57,7%	15,4%
	POClín	0%	25%	40%	35%
Articulación intersectorial con instituciones de la comunidad	POCom	0%	19,2%	53,8%	26,9%
	POClín	0%	25%	40%	35%
Informes con datos primarios	POCom	0%	19,2%	46,2%	34,6%
	POClín	10,5%	36,8%	26,3%	26,3%
Orientaciones psicológicas	POCom	7,7%	11,5%	50%	30,8%
	POClín	10%	10%	55%	25%
Asistencia psicoterapéutica individual	POCom	0%	11,5%	34,6%	53,8%
	POClín	0%	0%	30%	70%
Registro de prácticas	POCom	0%	3,8%	30,8%	65,4%
	POClín	0%	5%	45%	50%

Con respecto a las prácticas más tradicionales de la disciplina como la *asistencia terapéutica individual*, se observó que la misma era muy utilizada por la mayoría en ambos grupos, siendo en el caso del grupo POClín, empleada por la totalidad de los profesionales.

La *asistencia terapéutica familiar y de pareja* no fue de las prácticas más usadas siendo el grupo POCom el puntuó un poco más alto. Algo similar pudo observarse con *la asistencia psicoterapéutica grupal* donde casi no hubo diferencias entre los grupos.

En el caso de los *psicodiagnósticos* se registró que el grupo POCom directamente no los utilizaba y en el otro grupo solo un porcentaje ínfimo. Por último, las *orientaciones psicológicas* eran empleadas por la mayoría no existiendo diferencias entre los grupos.

En relación a las prácticas más orientadas al trabajo comunitario, el *uso de mecanismos formales para conocer la opinión de las personas de la comunidad*, presentó valores más altos en el grupo POClín.

La *utilización mecanismos formales de evaluación de la cobertura y el impacto de las actividades desarrolladas* no era frecuente en los dos grupos, puntuando más alto el grupo POCom.

En la *gestión de recursos municipales para mejorar la salud y calidad de vida de la población* el grupo POClín puntuó más alto que el otro grupo.

En relación a la *realización de investigaciones conjuntas orientadas a los problemas detectados*, menos de la mitad en ambos grupos admitió la posibilidad de llevar adelante investigaciones con frecuencia, siendo el grupo POCom el que presentó valores más altos.

En lo que respecta al *conocimiento y uso de indicadores socio-demográficos de la zona* en los dos grupos, menos de la mitad los identificó

como parte importante de su tarea y los valores fueron un poco más altos en el grupo POCCom. En la *elaboración de un análisis de situación de salud junto al equipo y otros actores de la comunidad* apareció una diferencia a favor del grupo POClín.

En el caso de las actividades orientadas a la participación de la comunidad, es decir, reuniones con las personas de la comunidad, sólo surgieron diferencias a favor del grupo POCCom al tratarse de *talleres o actividades similares* o de *visitas domiciliarias*, siendo iguales los valores entre los grupos cuando participaban en las *reuniones comunitarias de carácter más general*.

Las *reuniones de equipo* se realizaban más frecuentemente en el grupo POClín que en el grupo POCCom. En la *realización de actividades de prevención y promoción en escuelas de la zona*, los profesionales del grupo POClín puntuaron un poco más alto que el otro grupo. Sin embargo esta tendencia fue diferente cuando se trató de *actividades de articulación con distintas instituciones de la comunidad para la captación, atención, seguimiento y evaluación de las problemáticas detectadas*, donde el grupo POCCom presentó valores mayores.

La *participación en proyectos que se desprendan de la definición conjunta de problemas prevalentes* casi no registró diferencias entre los grupos, con una leve diferencia a favor del grupo POClín. Tampoco hubo diferencias respecto de la *modalidad de trabajo en red* donde el grupo POCCom mostró un valor apenas mayor que el otro grupo.

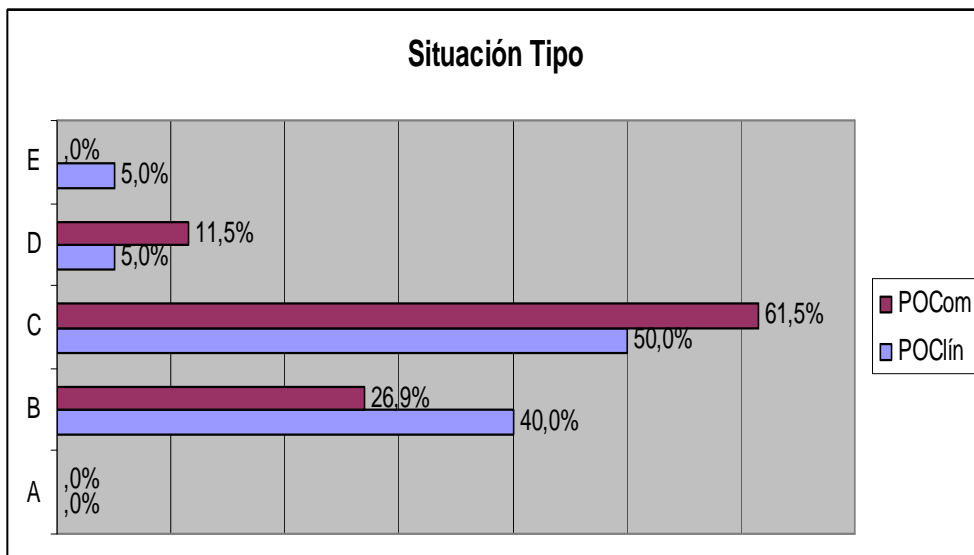
Por último, la elaboración de *registros de sus prácticas*, resultó ser una actividad muy frecuente y no hubo diferencias entre los dos grupos, pero en el caso de la *elaboración de informes con datos primarios*, la diferencia a favor del grupo POCCom fue muy importante.

Con respecto a la selección de alternativas frente a una **situación tipo** se observó que el grupo POClín tendía a seleccionar en su mayoría, la opción

que reflejaba una modalidad de trabajo más tradicional y a elegir menos las opciones donde predominaba la interdisciplina o la participación comunitaria. En cambio el grupo POCom, apuntó mayoritariamente a la opción de trabajo en equipo interdisciplinario.

En el gráfico 17 pueden apreciarse las tendencias de ambos grupos frente a la situación tipo seleccionada:

Gráfico 17:



Referencias

- A: Abordaje con perspectiva clínica
- B: Abordaje con perspectiva clínica y énfasis en la interconsulta con otros profesionales
- C: Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinario
- D: Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo y énfasis en la investigación de los problemas de salud
- E: Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinario con énfasis en la participación comunitaria y la articulación intersectorial

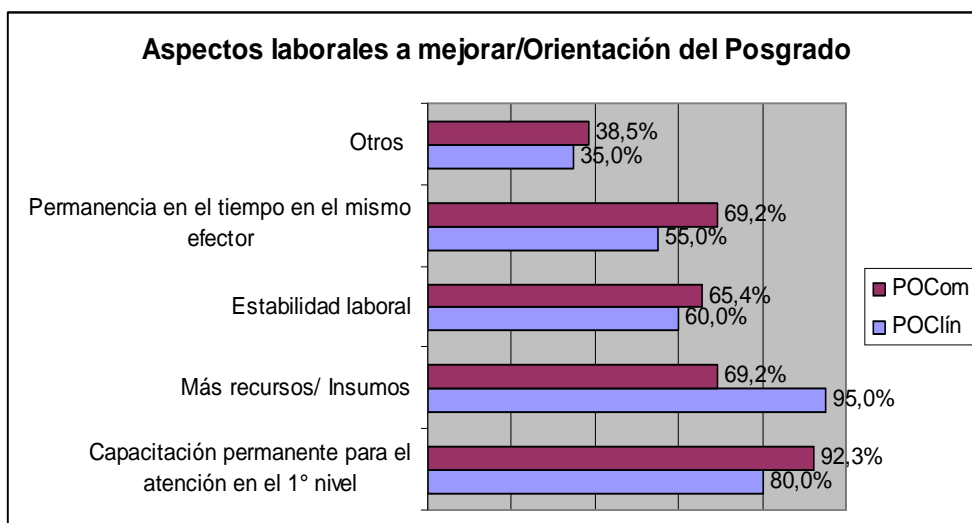
En lo que respecta a los **aspectos mejorables en el trabajo**, si bien en los dos grupos existió una coincidencia en que la capacitación permanente constituía un aspecto a mejorar, el aspecto que más peso tuvo en el grupo POClín, fue la necesidad de contar con mayores recursos e insumos.

Luego le siguieron en orden de importancia la estabilidad laboral y la posibilidad de permanecer en el tiempo en el mismo efector.

Con respecto a la estabilidad laboral no hubo diferencias significativas entre los grupos. Sí apareció una diferencia importante a favor del grupo POCom en el caso de la permanencia en el tiempo en el mismo efector.

En el gráfico 18 aparecen distribuidas las necesidades en los dos grupos:

Gráfico 18:



En la opción Otros se comentan las opiniones de cada uno de los grupos.

En el grupo POClín las propuestas fueron:

- Mejorar la retribución salarial.
- Producir instrumentos de seguimiento y control de las problemáticas detectadas.
- Mayor articulación entre los programas.
- Mejorar la articulación con los Servicios Locales de protección de los derechos de niños/as y adolescentes.
- Mejorar la participación comunitaria.

- Crear espacios de reflexión sobre la práctica con los colegas y otros equipos de salud.
- Transformar del modelo de atención en el primer nivel de atención.

Y, en el grupo POCOM:

- Mejorar la interdisciplina y el trabajo en equipo
- Mejorar el trabajo en red y la articulación intersectorial
- Mejorar la participación comunitaria
- Crear instancias evaluativas de la práctica en general
- Instalar la práctica de la supervisión de los equipos de salud o supervisiones institucionales
- Garantizar la estabilidad laboral de todo el equipo de salud
- Organizar un área de salud mental a nivel municipal.
- Aumentar la remuneración salarial
- Impulsar la carrera municipal

Para concluir, un solo profesional -sin formación de posgrado- consideró que había que jerarquizar el primer nivel de atención a través de la investigación en los equipos de salud.

A continuación se presentan los resultados provenientes de las **entrevistas a informantes clave**, a partir de los ejes ya enunciados anteriormente en el capítulo metodológico.

A-Posicionamiento político respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental:

En las entrevistas realizadas a funcionarios/as del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. pudo observarse a través del planteo de distintas cuestiones, una tendencia a considerar la APS como un eje importante en la política sanitaria provincial.

La *Dirección de Salud Mental* planteó una visión que se distanciaba del movimiento reformista clásico de desmanicomialización que mantiene como eje

el hospital psiquiátrico, considerando que en la medida en que se desarrollasen dispositivos comunitarios disminuirían los ingresos, favoreciendo la salida de los pacientes internados: *Las prioridades de la dirección son la estrategia de APS, el componente de salud mental comunitaria, el componente de promoción y prevención en salud, cumplir y garantizar la constitución provincial, es decir el acceso a los servicios de Salud mental, también la reinserción social de los pacientes internados en psiquiátricos.*

La *Dirección de APS* manifestó que en esta articulación debían definirse algunas cuestiones como el rol del psicólogo/a en el centro de salud, si todos los centros de salud debían contar con psicólogos/as o en qué porcentaje y de qué debían ocuparse.

La *Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud* apuntó a plantear al primer nivel como lugar de inclusión del psicólogo en el equipo de salud y que para ello era necesaria la capacitación.

En cuanto al *Colegio de Psicólogos* del distrito, se observó un acuerdo con colocar en el centro a la APS en el campo de la salud mental, sobre todo a partir del nuevo marco normativo en salud mental, manifestando una posición crítica en lo relacionado a las modalidades de contratación de los psicólogos en el primer nivel de atención.

La *UNLP* planteó un acuerdo con los principios de la normativa vigente en salud mental expresando que esto implicaba debatir sobre la formación de los recursos humanos para implementar la ley.

B-Principales problemas de la población en materia de salud mental:

El *Director de Salud Mental* consideró que: *“la población de la provincia de Buenos Aires no escapa a la realidad de los problemas de salud mental de la población a nivel mundial. La OMS define por su prevalencia algunos problemas de salud mental: trastornos depresivos- trastornos de ansiedad- adicciones, incluso el alcoholismo. Hay subgrupos como la bipolaridad, el*

stress postraumático, fobias en general, fobia social, trastornos de angustia y los trastornos más graves como las psicosis que afectan a un porcentaje menor de la población.

La *Directora de APS* planteó que en cuanto a los problemas de salud mental se ha trabajado con la *Dirección de Salud Mental* un nomenclador para las consultas donde hay 5 problemas más importantes que salen de las consultas hechas al centro de salud según el reporte del S.U.R. del 2011. Hay 25.000.000 de consultas por año en el primer nivel de atención en la Provincia de Bs. As. y se desconocen los motivos. Por eso trabajamos e implementamos el S.U.R.

El SUR (Sistema Único de Registro) se creó en el 2008. Es un sistema de registro para el primer nivel en la provincia de Bs. As. donde reportan 130 centros de salud. Los datos se basan en ese número de efectores. Aún está etapa de implementación ya que la cantidad de centros de salud ronda los 1800 establecimientos. Para su elaboración, se depuró el nomenclador del CIE 10 y se complementó con los motivos de consulta del primer nivel de atención en consenso con la Dirección de Salud Mental. Los problemas que más se registran son los trastornos del habla y del lenguaje, depresiones, crisis histéricas, trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta.

C-Situación general del recurso humano de salud mental de la provincia de Buenos Aires:

En las entrevistas quedó planteada claramente la necesidad de contar con mayor cantidad de recursos humanos, sin embargo también se expresó que el defasaje entre el nivel provincial y municipal en cuanto a los criterios de contratación, planteaba dificultades que resultaban por ejemplo en una distribución de recursos no planificada en función de las necesidades.

Desde la Dirección de salud Mental se planteó que había una necesidad muy grande de recursos humanos, debido a la gran brecha de tratamiento, donde la demanda de la población superaba ampliamente la oferta de atención

en sector público. El recurso humano que depende de la dirección es el recurso humano de los hospitales provinciales y los psicólogos del CPA, que ahora volvieron a la órbita del ministerio de Salud. El resto responde al municipio. La recomendación en este sentido fue aumentar los esfuerzos en lo atinente a la capacitación y la contratación.

En coincidencia la Dirección de APS consideró que en este campo la situación era dispar ya que la disponibilidad de psicólogos quedaba a criterio de cada municipio. La dependencia y el financiamiento –a pesar de existir diferentes fuentes de financiamiento- también era municipal: *en nuestra provincia esto implica hablar de 135 sistemas de salud diferentes. A esto hay que sumarle el PMC, que pobló de psicólogos los Centros de Salud de 80 municipios de forma dispar de 2007 en adelante. Esto es una contra ya que la dirección no tiene potestad. El comando lo tiene el municipio.*

D-Características del trabajo de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención:

En este punto todos/as los/as informantes coincidieron en que prevalecía la oferta de asistencia psicoterapéutica individual en detrimento de otras posibilidades de abordaje comunitario, constituyendo un problema para atender las necesidades de una comunidad.

Al respecto desde el Colegio de Psicólogos se manifestó: *En el primer nivel se hace lo que se puede o lo que se sabe, y como lo que se sabe es atender en forma individual, escuchar a cada uno que viene padeciendo, se hace eso. No se problematiza la práctica.* Otro testimonio expresó: *Hacen atención individual en consultorio. El intendente y el secretario de salud del municipio de La Plata nos dijo: ¿para qué quieren que nombre más psicólogos si a los que hay no los puedo hacer salir del consultorio? No hacen trabajo comunitario. El psicólogo se queda esperando la demanda de la población con una oferta de tipo individual. Hay que pensar en todos los que han quedado por fuera, creo que en eso es en lo que debe pensar un trabajador de la salud*

La Directora de APS consideró que: *Prima la atención individual. Personalmente considero que la atención personalizada no va. Hay que pensar en un psicólogo más comunitario que trabaje en prevención y promoción. No se tienen que abocar a esperar pacientes para una atención clásica, eso no da resultado, ni al paciente, ni al psicólogo ni a la comunidad, no adhieren a los tratamientos y el psicólogo deja de lado flancos comunitarios*

Desde la Dirección de Capacitación se planteó que el tipo de atención era muy heterogénea, prevaleciendo la atención individual por consultorios externos. Se esperaba que los residentes en el primer nivel de atención pudieran participar de un diagnóstico comunitario o de situación de salud, del trabajo en equipo interdisciplinario y de la realización de talleres: *para la sede se busca que haya mínimamente trabajo en equipo y la posibilidad de hacer actividades comunitarias. Por eso a veces los de La Plata cambian de sede por que no siempre se dan estas condiciones. Berisso rota desde años casi por las mismas unidades sanitarias. Cuentan con un referente en el Centro de Salud que no siempre trabaja desde la perspectiva de la APS.*

E-Formación predominante:

Hubo coincidencia en plantear que la formación que predominaba era la psicoanalítica, mayormente de orientación lacaniana:

Hay una alta prevalencia de formación psicoanalítica. Lo sabemos por las carreras del colegio y los seminarios que se ofrecen desde el colegio. Tienen una excelente formación clínica. El problema es que insertan el dispositivo psicoanalítico en el primer nivel y lo que no encaja queda afuera. El verdadero problema es lo que no entra. Un dispositivo es una herramienta y en este caso se termina transformando en algo dogmático. (Colegio de Psicólogos)

F-Perfil formativo predominante de la formación de grado:

Se manifestó desde la UNLP que el perfil de los egresados/as de la carrera era predominante clínico. El Plan de estudios data de 1984 y desde

entonces hubo algunos cambios menores, incluyéndose a partir de 2012, un trabajo integrado final con prácticas supervisadas en todos los campos.

A pesar de que no fue un aspecto particularmente indagado, desde el Colegio de Psicólogos se planteó con preocupación que actualmente en el grado no existía formación en APS y que resultaba problemático abordar el trabajo comunitario sólo a partir de la formación en clínica psicoanalítica con la que egresaban de la carrera.

G-Orientación de la currícula de grado hacia el campo de la salud pública o la psicología comunitaria:

La currícula no tiene esta orientación. Solo se dicta un curso de extensión de Operador socio-comunitario por fuera del plan de estudios de la carrera, al asisten estudiantes de la carrera y trabajadores sociales. Realizan las prácticas en comunidades vulnerables. Recientemente se abrió un Centro de Extensión financiado por el fondo de salud de la universidad con proyectos basados en tres ejes: clínico, educativo, socio-comunitario, donde se realizarán las prácticas supervisadas del trabajo integrador final.

H-Experiencias de capacitación en el primer nivel de atención para los/as estudiantes/ residentes:

En el grado no surgieron experiencias de capacitación en el primer nivel. Solo aquellas que se realizaban en el marco del curso de operador socio comunitario con prácticas en comunidades vulnerables. A partir de los proyectos del Centro de Extensión se espera que los estudiantes realicen prácticas en diferentes contextos.

En las residencias se registraron experiencias de capacitación en el primer nivel como las rotaciones previstas en el programa de la especialidad, de mayor intensidad en las residencias regionalizadas y en el PRIM.

La Dirección de Capacitación está abocada en la actualidad, solamente a los residentes y a los instructores de residentes. En el horizonte siempre existió la intención de ampliar la capacitación a los demás profesionales pero hasta ahora las gestiones que han estado no lo han llevado adelante. Se comenzó a trabajar con la Dirección de Salud Mental para implementar en el futuro, una capacitación a todos/as los/as profesionales de salud mental.

Por último, en el Colegio profesional también apareció la oferta de una carrera de especialización en “Psicología y salud colectiva desde una perspectiva transdisciplinaria” desde 2008. Con prácticas en el Hospital de Niños de La Plata, “Sor María Ludovica” y en el CPA de Altos de San Lorenzo. Inició con 25 alumnos y terminaron 7, siendo mínima la convocatoria. En las otras carreras terminaban cerca de 20 alumnos aproximadamente. Actualmente se cambió la denominación por “Psicología Social y Comunitaria desde una perspectiva transdisciplinaria” para considerarla más convocante.

I-Adecuación de la formación a los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y al tipo de prácticas implementadas:

En general, todos/as los/as informantes acordaron en que la formación de los/as psicólogos/as no era del todo adecuada la realidad del primer nivel de atención, sin embargo hubo diferentes matices en las opiniones, que se señalan a continuación:

La formación no es adecuada al primer nivel de atención. Los psicólogos no se forman para trabajar en el primer nivel de atención, por ejemplo en estrategias de prevención. Es un déficit en la formación pero también es que no hay interés de formarse para el primer nivel. Apuestan a trabajar en el consultorio privado, a una práctica liberal. (Colegio de Psicólogos)

Algo está como desajustado o bien hay un déficit en la formación o eligen mal el lugar de trabajo. Pero considero que poniendo objetivos claros, hablar de trabajo en equipo y con acompañamiento esto es salvable. (Dirección de APS)

La formación universitaria es adecuada pero hay que hacer una adaptación que te la da la práctica. El profesional debe flexibilizar su práctica y trabajar en dispositivos adecuados a cada problema. (Dirección de Salud Mental)

Considero que el problema no es la formación sino la falta de redes. El psicólogo y el Trabajador social están mucho mas preparados que el médico para ir al primer nivel de atención. La formación que se imparte para el primer nivel queda a criterio de cada residencia, así como la elección de la sede y cuando hacer la rotación. (Dirección de Capacitación)

Discusión

El análisis de este apartado incluye los datos obtenidos de las fuentes primarias -provenientes del cuestionario realizado a los/as psicólogos/as, de los contactos informales con algunos/as de ellos/as y de las entrevistas realizadas a informantes clave- y los datos provenientes de las fuentes secundarias.

Para una mayor claridad se divide el análisis en dos partes. La primera parte versa sobre aspectos referidos a la orientación teórica de la formación y la inserción laboral. La segunda parte refiere a aspectos tendientes a considerar la influencia del posgrado en las prácticas profesionales.

Una de las primeras cuestiones para destacar, es que la formación en clínica psicoanalítica y la preferencia de los/as profesionales en capacitarse en esa línea teórica, seguramente incide en sus prácticas.

A pesar de existir desde hace algunos años, algunas ofertas de formación posgrado con orientación comunitaria, éstos/as seleccionan en mayor medida cursos, seminarios y especializaciones sobre clínica psicoanalítica. Cabe recordar al respecto dos cuestiones que resultan ilustrativas. La primera cuestión tiene relación con que los/as psicólogos/as del grupo POCOM también han realizado también alguna formación de posgrado sobre clínica psicoanalítica, es decir que a pesar de considerar que la orientación de su formación de posgrado es esencialmente comunitaria han optado por formarse en esa línea teórica. La segunda cuestión es la poca convocatoria que tienen algunos posgrados comunitarios en la región, siendo éste, el caso de la especialización en salud colectiva ofrecida por el colegio profesional del distrito, que como se dijo, si bien surgió por las demandas de los colegiados en formarse, ha sido poco seleccionada desde su creación.

Esta orientación teórica no parece ser muy útil para el trabajo en primer nivel, tanto por lo que valoran los/las profesionales con respecto a su formación de grado y posgrado, como por la opinión generalizada entre los funcionarios

del MSPBA y del colegio profesional. Éstos últimos expresaron que la perspectiva clínico-psicoanalítica no parecía ser la más adecuada para trabajar en otros dispositivos que requerían de una perspectiva centrada en la comunidad.

Hay que destacar sin embargo, que si bien el grupo POClín, planteó mayoritariamente que la formación adquirida en la carrera no le había aportado herramientas suficientes para desarrollar tareas en el primer nivel de atención, en el otro grupo se observó una mejor valoración, quedando planteada la pregunta sobre si dicha valoración es posterior a la formación de posgrado, teniendo en cuenta que como todo proceso formativo, su resignificación en términos de los aprendizajes suele ocurrir después.

La segunda cuestión para señalar, es que el predominio de este lineamiento teórico, probablemente esté relacionado con el perfil formativo de la carrera.

La información obtenida a partir de las entrevistas a funcionarias de la UNLP y del colegio profesional, así como el análisis de las fuentes secundarias, ha ratificado esta presunción, confirmando que dicho perfil es absolutamente clínico, no existiendo en la actualidad, capacitación para el trabajo comunitario.

El plan de estudios de la carrera data de 1984 y a la fecha sólo ha tenido algunos cambios de orden metodológico y de contenidos, no existiendo asignaturas orientadas a la APS o a la psicología comunitaria.

Desde hace unos años se viene dictando un curso de extensión de *operador psicosocial en salud comunitaria*, que no está incluido en el plan de estudios, y que se encuadra en el Programa de Investigación, Formación y Asistencia Técnica en Alternativas del Control Social. Está dirigido a estudiantes de la carrera y a trabajadores sociales, con realización de prácticas en comunidades vulnerables. Constituye por el momento, la opción más cercana de formación comunitaria en el grado.

A partir del debate generado por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 -que plantea la necesidad de enmarcar el proceso de atención en la APS- la facultad comienza a replantearse la necesidad de formar a los recursos humanos para su implementación. En este sentido la normativa reviste una enorme importancia, en vistas de que establece modificaciones para la formación de los/as profesionales.

Es auspicioso en este sentido, la reciente apertura de un Centro de Extensión de Atención a la Comunidad por parte de la Facultad de Psicología, - que contempla proyectos centrados en la clínica, la educación y lo socio-comunitario- y la inclusión, a partir del año 2012, de un trabajo final de la carrera, con prácticas supervisadas en todos los campos de acción.

A pesar de que ambas iniciativas están relacionadas con la necesidad de repensar la formación, la impronta clínica aún es muy fuerte, ya que por ejemplo, el centro de extensión, que está previsto como lugar de consulta y asesoría a distintos sectores de la sociedad y como espacio de realización de las prácticas finales de la carrera, parece orientarse más a la atención clínica de los padecimientos.

Otra cuestión que se destaca, es que la formación comunitaria no ha logrado garantizar por si sola una mayor inserción laboral. Esta situación es mucho más evidente en el sistema de residencias, donde todavía no se visualiza una política firme que dé continuidad laboral a los recursos formados.

Este es el caso de Berisso, donde se forman, desde hace quince años, varios psicólogos a través del sistema de residencias del PRIM, y actualmente la mayoría de estos profesionales no se ha insertado laboralmente en los centros de salud. Es decir, que lo que podría constituir una gran ventaja – contar con un capital de trabajadores formados localmente - termina transformándose en una suerte de oportunidades perdidas.

La actual política de incorporación de profesionales al sistema público de salud de la Provincia -que pasa por la oferta de distintos tipos de becas, que en

definitiva aportan un par de años más de trabajo al residente, ya sea en el lugar donde se efectuaba la formación o en otro efector- tampoco favorece la inserción de los psicólogos/as, ya que en general, a las especialidades no médicas se les asigna una menor cantidad de cargos que a las especialidades médicas.

Entre otras cuestiones, también pueden señalarse las dificultades para planificar racionalmente la cantidad y distribución de los recursos humanos.

En relación con esto, puede mencionarse la situación expresada por algunos/as funcionarios/as del MSPBA, que si bien consideraron necesario redoblar los esfuerzos en lo atinente a capacitación y contratación de recursos humanos en salud mental, debido a la gran brecha de tratamiento, reconocieron que la potestad y el comando para ello, lo tenían los municipios.

Pese a que existen algunos lineamientos del nivel central, cada municipio es autónomo en relación a cómo contrata, financia y distribuye sus recursos. A propósito se recuerda el planteo de una funcionaria del MSPBA: *en nuestra provincia esto implica hablar de 135 sistemas de salud diferentes. A esto hay que sumarle el PMC/ESPNA, que pobló de psicólogos los Centros de Salud de 80 municipios de forma dispar de 2007 en adelante.*

En el caso de los municipios de Berisso y La Plata, se realiza una oferta laboral a los/as psicólogos/as, esencialmente a través del programa PMC/ESPNA. Sin embargo, una diferencia para resaltar, es que se prevé a través de los convenios con las jurisdicciones, cierto grado de continuidad laboral para estos/as becarios/as.

Otro punto importante es la diferencia encontrada en las opiniones sobre los aportes del posgrado para el trabajo en el primer nivel de atención, que lleva a preguntarse dos cuestiones: la primera, es cómo han logrado los/as psicólogos/as del grupo POClín llevar adelante ciertas prácticas para las que no se formaron, dado que no habían valorado muy bien los aportes de su formación de posgrado para ello. En este sentido el desarrollo de la práctica

misma y el contacto con otros profesionales de la misma disciplina y de otras, así como la posible influencia de otros factores –que no han sido abordados en este estudio- pueden implicar que el/la profesional gane nuevos conocimientos que no necesariamente se adquieren en una formación posgrado.

La segunda cuestión es si el no contar con los conocimientos específicos podría dar lugar a que los procesos de trabajo se desarrollen con mayor dificultad.

Este hallazgo podría colocar en el centro de la escena la necesidad de contar con otro tipo de conocimientos y capacidades para desarrollar prácticas más adecuadas en el primer nivel de atención, ya que si bien no constituye un requisito indispensable, los aportes de una formación orientada a lo comunitario, son indudables a la hora de brindarle al profesional una sensación de mayor competencia.

En cuanto a los problemas identificados por los/as psicólogos/as, se ha constatado que los mismos se encuentran en relativa sintonía con las problemáticas señaladas por la bibliografía internacional y nacional así como por los/as funcionarios del MSPBA.

Desde ya que aparecen algunas particularidades como las diferencias observadas entre las localidades y los grupos POClín y POCOM, pero como no constituyen el centro de la presente investigación no serán profundizadas en este análisis.

La primera cuestión que llama la atención entre nuestros datos y los del sistema provincial de registro para el primer nivel de atención (S.U.R.), es que en este último no se mencionan las violencias como problema de salud.⁵³ La segunda es que, si bien se reconoce tanto desde el ámbito internacional, nacional y provincial, que las adicciones constituyen una de las problemáticas más importantes de la población, es notable que en estos registros tampoco

⁵³ Al cierre de la investigación, en el mes de abril de 2012, se comenzó a trabajar en el S.U.R. la futura inclusión de la categoría violencia entre los problemas registrados.

aparezca entre los principales problemas identificados por su alta prevalencia.

Fuera de estas dos situaciones, existen coincidencias en el resto de las categorías, ya que este registro recoge como problemas prevalentes, entre las primeras causas de consulta al psicólogo, diversos trastornos que en nuestro estudio forman parte de las categorías emocionales y de angustia como las depresiones y crisis histéricas; y en relación a la población infantil los trastornos de aprendizaje y de conducta.

La alta puntuación encontrada en la mención de los trastornos de aprendizaje por parte del grupo POCOM -única categoría que se aplicó exclusivamente a la población infantil y adolescente- lleva a pensar algunas cuestiones sobre la relación entre formación y prácticas.

En el caso del grupo POClín, que mostró un alto porcentaje de realización de actividades de prevención y promoción en escuelas de la zona, llama la atención que mencione en menor medida este tipo de problemas, dado que si efectivamente este trabajo se realiza adecuadamente los/as profesionales deberían observarlos más asiduamente, ya que constituyen las señales tempranas de alarma respecto de la salud mental infantil en el ámbito educativo. No es posible pensar en que la prevención logre impactar directamente en la menor aparición de estos trastornos, ya que justamente el trabajo de prevención apuntaría a la detección temprana de los mismos teniendo en cuenta que los problemas psicológicos impactan sobre el desempeño escolar.

En el grupo POCOM se había encontrado que realizaban este tipo de actividades en un porcentaje apenas menor que el otro grupo pero mencionaban este tipo de trastornos en un porcentaje significativamente mayor. Esto lleva a preguntarse por la probabilidad de que este grupo pueda estar provisto de elementos conceptuales y prácticos para una mejor detección de estas alertas en el ámbito educativo. Es decir, si es posible que esta situación esté asociada al tipo de formación recibida, ya que para la detección de estos problemas no puede contarse como único referente a la

psicopatología; también es necesario para favorecer su identificación, instalar acciones con las instituciones educativas, que trasciendan la mera demanda de la institución y que permitan un contacto en función de problemas y objetivos definidos conjuntamente.

Una vez desarrollados los distintos tipos de problemas que los/as profesionales observan, detectan o atienden en las comunidades en que trabajan, se considerará cómo actúan, a partir de la comparación de los grupos POClín y POCom.

El estudio ha aportado datos generales sobre la modalidad de trabajo de los/as psicólogos/as frente a una situación tipo, donde las diferentes tendencias encontradas podrían estar indicando cierta relación entre la modalidad de trabajo y la formación, y a su vez que la práctica de trabajo en equipo está un poco más instalada que las otras en la cultura profesional.

De las hipótesis preliminares, la suposición más importante consistía en pensar que los/as psicólogos/as que habían realizado una formación con orientación comunitaria, puntuarían más alto en un modelo de prácticas distinto al modelo clínico. Sin embargo, esto pudo constatarse solamente con respecto a algunas prácticas.

Para estas diferencias se han encontrado algunas explicaciones que por supuesto no son concluyentes, sino todo lo contrario, justamente dejan la puerta abierta para futuras indagaciones.

En relación a las prácticas en las que el grupo POCom puntuó más alto que el otro grupo, puede considerarse que la formación comunitaria ha tenido una influencia. De ese grupo de prácticas, las menos desarrolladas son aquellas relacionadas con la evaluación de las acciones, la investigación y el conocimiento y uso de indicadores socio-demográficos de la zona. Luego parecen lograr con mayor frecuencia algunas actividades con la comunidad a través de talleres y las visitas a los domicilios. Por último, las prácticas de

articulación intersectorial y la elaboración de informes con datos primarios son las que más se han podido instalar.

Algunos ejemplos resultan ilustrativos de la influencia de la formación: en general la mayoría de los/as profesionales de ambos grupos registran su práctica de alguna u otra manera, pero cuando se trata de elaborar informes con datos primarios, los psicólogos/as del grupo POClín tienden a no comprender qué se les está preguntando. En relación a la evaluación de las actividades, existe un claro déficit que es advertido por el grupo POCOM, que reconoce que este tipo de práctica debe adquirir mayor formalidad en el efector.

Con respecto al resto de las prácticas en que se registró una puntuación más baja de lo esperado en el grupo POCOM, puede pensarse, teniendo en cuenta que la formación no constituye por sí sola la garantía de poder concretar modificaciones en las prácticas, que posiblemente haya que ponderar otros factores que puedan estar incidiendo, y que muchas veces escapan a la intención que manifiestan los/as profesionales de trabajar de un modo diferente al instituido.

Desde ya que estos factores implicarían un análisis que escapa al alcance de este trabajo. Entre ellos se pueden mencionar algunos señalados en la bibliografía y que están relacionados con la disponibilidad del recurso humano en función de la contratación, las bajas retribuciones, el multiempleo, la cultura asistencialista difícil de cambiar tanto en la población como en el resto de los/as profesionales, la capacidad técnica, etc.

Como muestra de estos obstáculos, varios profesionales plantearon que la última opción de la *situación tipo* era la ideal, ya que suponía la participación plena de la comunidad, sin embargo optaron por la opción "B" porque era la que estaban más habituados a realizar; y a su vez señalaron que la opción de trabajo en equipo constituía la más adecuada, pero que al depender del grupo de trabajo y de otros factores para poder instalarse, no siempre era posible.

Asimismo algunas psicólogas manifestaron que estos factores tendrían consecuencias directas en el acceso de la población a los servicios de salud:

Hay intención de hacer muchas cosas pero no hay mucho tiempo ya que venimos pocas horas para compensar el bajísimo sueldo que nos pagan.

Las condiciones laborales en el municipio son precarias, somos en su mayoría contratados y eso influye en la posibilidad de hacer cosas. La población no genera vínculos con los profesionales del equipo porque acá la gente se va del centro, ya se fueron varios.

Este panorama estaría planteando en principio, que a pesar de existir profesionales formados para trabajar en un modelo de atención diferente, no logran expresar todo su potencial en las prácticas concretas, debido a factores que responderían a la falta de una política de recursos humanos coherente con las necesidades sanitarias y sociales.

Por otra parte en relación a las prácticas en las que el grupo POClín puntuó más alto, al contrario de lo esperado, podrían estar jugando distintos modos de entender o de interpretar el trabajo en equipo y la interdisciplina, la intersectorialidad, el análisis de situación de salud y la modalidad de trabajo en red.

Es probable, que la realidad del primer nivel de atención lleve a que los/as profesionales se reúnan, se consulten por algunos casos, y que establezcan algunas instancias de diálogo considerando que eso equivale a una modalidad de trabajo interdisciplinar. También es habitual que se entienda que el contacto con alguna institución u organización de la zona puede constituir de por sí un trabajo intersectorial o bien que se ha establecido un trabajo en red, siendo esto especialmente frecuente en la vinculación de las escuelas cercanas al centro de salud.

Los testimonios de algunas profesionales grafican perfectamente estas diferentes visiones:

Me dediqué siempre al trabajo clínico y no comunitario. El posgrado han sido grupos de estudio psicoanalíticos. En cuanto al trabajo con otras instituciones creo que es importante hacerlo con las instituciones de salud como otras salitas y el hospital(...)

Para el diagnóstico de situación de salud hay algunos del equipo que son los que mejor conocen a la comunidad como la administrativa, sin embargo puede ser un problema porque se ha incorporado al centro de salud a gente de los planes que no tiene formación en salud y a veces circula indebidamente la información.

En cuanto a las prácticas de orden más clínico, pudo ratificarse la influencia de la formación clínica en las prácticas, ya que la asistencia psicoterapéutica individual y las orientaciones psicológicas, son utilizadas mayoritariamente por todos/as los/as profesionales.

Esta tendencia también fue confirmada por funcionarios/as del MSPBA y el colegio profesional donde puede observarse la coexistencia de la reivindicación de nuevas formas de abordaje de los problemas de salud por parte de distintos actores y la persistencia de los/as psicólogos/as en formarse con una perspectiva psicoanalítica y continuar ejerciendo prácticas de atención individual que no logran dar cuenta apropiadamente de los procesos colectivos.

Al analizar la modalidad de abordaje de algunos problemas salud definidos previamente en el cuestionario, se observó que, si bien todos/as los/as profesionales identificaban a la violencia y a las adicciones como problemas prevalentes, el grupo POCOM tendía a realizar un abordaje más sistemático. Esta diferencia podría asociarse al tipo de formación recibida ya que la detección, el seguimiento y la derivación sistemática de algunos problemas, constituyen acciones que suponen la instalación de una lógica de trabajo que trasciende la perspectiva de la mera atención en el consultorio.

Por último se integran las cuestiones vinculadas a los aspectos laborales que los/as profesionales consideraron que había que mejorar. Si bien este

aspecto no fue incluido como ítem central, ha aportado información para entender la serie de obstáculos encontrados hasta el momento para el desarrollo de ciertas prácticas.

La capacitación constituye un aspecto muy considerado para enriquecer la comprensión del proceso salud-enfermedad de las poblaciones y por ende para ampliar el espectro de las prácticas profesionales. Sin embargo no se observa que este aspecto se haya instalado con fuerza en la agenda política del MSPBA.

La valoración que hace el grupo POCom de la capacitación puede interpretarse como una realimentación de la capacitación por la capacitación misma. Esto es, los/as psicólogos/as formados para el trabajo comunitario reconocen la importancia de los aportes del posgrado para su práctica y en consecuencia consideran que es una necesidad que debe ser contemplada. Por el contrario en el otro grupo se visualiza como primera necesidad el contar con ciertos recursos e insumos en vez de la capacitación, debido a que la misma no ha resultado un apoyo tan significativo para la tarea.

La estabilidad laboral fue un aspecto valorado en segundo término por todos/as, lo que estaría indicando sin dudas, la disconformidad de los/as profesionales ante la situación contractual que existe hoy en día en los municipios y que también fue expresada por algunos funcionarios del MSPBA.

El hecho de que el grupo POCom plantee especialmente contemplar la posibilidad de permanencia en el tiempo en el mismo efector como una necesidad importante para optimizar el trabajo, puede estar señalando la preocupación que genera la amenaza de interrupción de los proyectos con la comunidad.

Por último, algunos profesionales plantearon otras cuestiones, aunque en menor proporción. En el grupo POClín las propuestas tendían a plantear cuestiones donde podía vislumbrarse la necesidad de algunos cambios en el modelo de atención entendido en un sentido amplio. En cambio, en el otro

grupo pudo observarse que las propuestas eran más precisas, observándose la preocupación por pensar al equipo de salud como protagonista en el cambio del modelo de atención.

Para finalizar este capítulo, una serie de consideraciones finales.

El eje de esta investigación consistió en el análisis de la influencia de la formación de posgrado en las prácticas de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención -principalmente a través del cuestionario de opinión a los mismos/as- lo cual implicó la valoración subjetiva sobre la utilidad e impacto de su formación sobre los procesos de trabajo, incluida la situación tipo presentada.

El acuerdo previo de definiciones y protocolos sobre las prácticas con los entrevistados, quizás hubiese permitido una mayor objetivación, pero obviamente ello conduce a otra investigación distinta a la presente.

El hallazgo más importante y evidente que arrojó el estudio en diversos aspectos es que la diferente formación de posgrado no produjo modificaciones incontrastables en las prácticas de atención.

En este sentido, un hecho que se destacó es que los/as profesionales del grupo POClín expresaron que la formación no les aportó conocimientos para el desempeño en el primer nivel de atención; pero al mismo tiempo manifestaron capacidad para realizar ciertas prácticas propias de ese nivel especialmente orientadas a lo comunitario.

En cambio los/as profesionales del grupo POCom plantearon una mejor valoración de la influencia formativa –tanto la de grado como la de posgrado- para trabajar en el primer nivel; sin embargo, la mayor capacidad para abordar el trabajo en ese nivel de atención apareció sólo fragmentariamente en algunas prácticas.

Este escenario lleva al planteamiento de algunos señalamientos y reflexiones que esta investigación sugiere y deja como nuevos interrogantes:

El primero es el valor que puede tener la experiencia como un factor empírico de adquisición de nuevas prácticas, para explicar esencialmente las realizadas por los/as psicólogos/as del grupo POCLín centradas en lo comunitario.

En otro sentido, podría presumirse que la diferencia en la orientación de la formación de posgrado puede llevar a considerar con la misma denominación prácticas en realidad diferentes entre ambos grupos.

Otra cuestión a dejar señalada es que diversas variables del contexto - políticas, socioeconómicas, laborales- que en este trabajo aparecen sólo tangencialmente, pueden relativizar la influencia de la capacitación sobre las prácticas.

También habría que considerar el tiempo todavía corto de capacitación en nuevos conceptos y prácticas y la insuficiente masa crítica, como elementos que pueden estar incidiendo en que aún no se vea reflejado un cambio en el modelo de atención. Los/as profesionales POCom pueden estar muy impregnados por el contexto (mercado laboral, contacto con otros/as profesionales, cursos, etc.) que sustenta el modelo clínico psicoanalítico.

Más allá de estas consideraciones y desde el foco de este trabajo, sería esencial la evaluación crítica permanente tanto de los conceptos como de los métodos pedagógicos, en procura de perfeccionar un sistema de formación que contribuya eficazmente a la transformación del modelo de atención.

Conclusiones

Frente al acuerdo generalizado en producir cambios en el modelo de atención en salud hacia la estrategia de APS, que posibiliten enfrentar de un modo más adecuado las necesidades de la población, el campo de los recursos humanos, en especial en lo que refiere a su formación, debe jugar un papel estratégico en las políticas sanitarias.

En este sentido la estrategia de APS constituye un eje de la política sanitaria provincial, donde el énfasis en el primer nivel de atención y en la salud mental comunitaria, el componente de promoción y prevención en salud, la garantía de acceso a los servicios, la definición del rol del psicólogo y su capacitación dentro del equipo de salud, la modalidad de contratación, son los temas que más se destacan en pos de lograr un cambio sustancial en el actual modelo.

Pese a ello, subsisten algunas dificultades que no permiten su verdadera integración al modelo de atención y consecuentemente en las prácticas profesionales.

En este sentido, una de las problemáticas encontradas, señaladas por varios autores, respecto de la mala distribución de los recursos humanos, es el defasaje existente entre el nivel provincial y municipal en cuanto a los criterios de contratación, financiamiento y distribución de los/as psicólogos/as para el primer nivel de atención, consecuencia a su vez de la falta de planificación en función de las necesidades.

Otra dificultad que se destaca, en consonancia con los problemas actuales del campo de los recursos humanos, es la falta de adecuación de las prácticas a dichas necesidades. Las características que asume el trabajo de estos/as profesionales, prevaleciendo una oferta de asistencia psicoterapéutica individual en detrimento de otras posibilidades de abordaje comunitario,

constituye un problema para responder apropiadamente a los problemas que se presentan.

Esta situación a su vez, está en concordancia con el predominio de la formación clínica, que proviene desde la formación de grado y que continúa también en el posgrado, a pesar del avance en los últimos años, de las ofertas de formación comunitaria a través de becas, residencias y especializaciones.

Aparece así la persistencia en formarse esencialmente en clínica psicoanalítica, lo que redundará en prácticas que no logran dar cuenta de los procesos colectivos, junto a la reivindicación de nuevas formas de abordaje de los problemas de salud relacionados con un accionar más centrado en la comunidad.

Este panorama confirma lo expresado por distintos autores respecto de los principales problemas detectados en la formación de los recursos humanos en nuestro país, que atañen tanto a las instituciones sanitarias como a las educativas.

Por un lado, las universidades, no han acompañado con cambios en la formación de grado el nuevo paradigma teórico y práctico de comprensión y tratamiento de los trastornos mentales, que implica una organización diferente de los servicios y dispositivos de atención. Si bien este enfoque ha generado experiencias en la gestión de algunos servicios así como en la innovación de ciertas prácticas, aún no ha logrado reflejarse claramente en la formación.

En este sentido, los cambios curriculares efectuados en la carrera de psicología de la UNLP, no han sido de importancia hasta el momento resultando que hoy en día no existe capacitación en APS, ni la posibilidad de realizar prácticas de pregrado orientadas a lo comunitario.

Es lógico entonces, que resulte problemático abordar el trabajo en el primer nivel sólo a partir de la formación en clínica psicoanalítica con la que se egresa de la carrera, si no se han adquirido las capacidades y destrezas para

efectuar prácticas críticas e interdisciplinarias que permitan atender con efectividad, equidad y eficiencia las necesidades actuales.

Por otro lado, los ministerios de salud no se han apropiado de la capacitación en servicio como uno de los elementos estratégicos de la política sanitaria, con consecuencias como la falta de fortalecimiento de la sostenibilidad y permanencia de las estrategias educativas. Esto implica que se deje una capacidad técnica instalada sin saber muy bien si la misma logrará potenciarse en el futuro.

Inclusive a pesar de contar actualmente con marcos normativos específicos como la legislación sobre salud mental u otras leyes de avanzada como la de la CABA, las instituciones educativas y sanitarias todavía no han conseguido definir conjuntamente los perfiles profesionales necesarios para el primer nivel de atención, o cómo formar a los/as profesionales y para dar respuesta a qué necesidades.

Es evidente que varias de las experiencias de formación del recurso humano en salud, creadas en vistas a una transformación del modelo, no han sido acompañadas a través de los años por una política de recursos humanos que incorpore la formación como herramienta estratégica para el cambio, sino todo lo contrario. Este el caso concreto del PRIM y de mucha otras experiencias como la RIEpS, las RISAM, el ATAMDOS, entre otras.

El impacto de una educación basada en principios como la educación permanente, el aprendizaje basado en problemas, y la práctica reflexiva, se ve hoy en día empañado, porque las acciones desarrolladas por estos proyectos de capacitación no logran sostenerse en el tiempo, dependiendo de las gestiones de turno y no de lineamientos políticos en materia de recursos humanos que las trasciendan.

En este sentido, este trabajo contribuye a aportar información sistematizada sobre los efectos de la formación, en particular sobre cómo se han reflejado los procesos formativos orientados al cambio del modelo de

atención, en el desempeño profesional y en las prácticas de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención en la región.

Contar con información sobre estas cuestiones, permitirá formular políticas socio-sanitarias sobre recursos humanos, revisar las ofertas y propuestas de capacitación así como sus métodos pedagógicos, contribuyendo a aumentar la masa crítica de profesionales con una formación orientada hacia prácticas más integrales y a la transformación del modelo de atención.

Por último, este trabajo también abre futuras líneas de estudio a partir de la consideración por un lado, de los diferentes obstáculos que posiblemente puedan estar incidiendo en la implementación de algunas modalidades de trabajo, y por el otro, de los diferentes factores de adquisición de nuevas prácticas, como el empírico.

Referencias Bibliográficas

ABRAMZÓN, Mónica (2005): Argentina: *Recursos Humanos en Salud en 2004* 1º. Edición. OPS, Buenos Aires.

ABRAMZÓN, Mónica (2003): *Los Recursos Humanos en Salud en Argentina: Una mirada a los Datos*. En: Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. OPS/OMS, Buenos Aires.

ABRAMZÓN, M.; ROVERE, M. (2005): *Recursos Humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable*. Proyecto Estratégico de la Universidad de Buenos Aires: PLAN FÉNIX. Buenos Aires.

ALFONSO SÁNCHEZ, José L. (1991): *Servicios de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Ediciones Doyma, Barcelona.

ALONSO HORTALE, V. (2006): *Mestrado profissionalizante em saúde pública: um olhar para as experiências internacionais*. En Cenários Possíveis. Experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Autores varios. Organizadores: M. do Carmo Leal, C. Machado de Freitas, Editora Fiocruz –Rio de Janeiro- Brasil.

ARANGO, M. V. (1992): *Temas de salud mental en la comunidad*. Cap. XII - Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 19. I. Levav Editor. OPS/OMS.

BELMARTINO, Susana (2001): *Los valores vinculados a la equidad en la reforma de la atención médica en Argentina*. En: Revista Aportes para el Estado y la Administración gubernamental. Año 7, N° 17, Buenos Aires.

BELMARTINO, Susana (1999): *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Lugar Editorial. Buenos Aires (1999). Citada en ABRAMZÓN, M.; ROVERE, M. (2005): *Recursos Humanos*

en Salud. Bases para una agenda impostergable. Proyecto Estratégico de la Universidad de Buenos Aires: PLAN FÉNIX. Buenos Aires.

BERMAN, Sylvia (1987). *Salud Mental para una Sociedad en transición.* En: Cuadernos Médicos Sociales N° 42. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario.

BLOCH, C.; LUPPI, I.; ARONNA, A. (2003): *Mercado de Trabajo Médico.* Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario.

BOCBA N° 703 del 28/05/1999. Ley Básica de Salud de la CABA N° 153.

BOCBA N° 1022 del 07/09/2000. Ley de Salud Mental No. 448 de la CABA.

BOLETÍN OFICIAL de la R.A. N° 32.041 DEL 3/12/2010: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

BOLETÍN OFICIAL DE LA R.A. N° 31.632 DEL 14/4/2009: Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485

BOLETÍN OFICIAL DE LA R. A. N° 29.640 del 3 de mayo de 2001. Ley 25.421, Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental.

BOLETÍN OFICIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DE 2/1/2001.
Ley De Protección Contra La Violencia Familiar de la Provincia de Buenos Aires N°12569/05.

BONAZZOLA, P. (coordinador); BAGNASCO, M. E.; BAUMANN, I.; BERTOLOTTI, A.; ISIDORI, N.; JAIT, A.; RESTIVO, A. (2010): *El campo de salud en Argentina: análisis de actores, lógicas y reglas para la construcción de un sistema equitativo e integrado.* Investigación financiada por las Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" de Proyectos Institucionales otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

BONAZZOLA, Pablo (2003): *Las residencias en el marco de una política de salud*. En: *Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual*. 1ª edición, OPS, GCBA, UBA, Instituto Gino Germani. Buenos Aires.

BORREL, Rosa María, ROVERE, Mario (2004): *La Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. OPS/OMS. 1ª. ed., Buenos Aires.

BRUCKNER T. et al. (2011): *The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach*. En: *Bulletin of the WHO*, marzo. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/3/10082784/en/index.html>

CASTELLANOS, Pedro Luis (1990): *Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*. Boletín epidemiológico. OPS Vol.10 N°4.

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DISTRITO XI – Carrera de Especialización en Salud Colectiva. Sitio web: www.colegiodepsicologos.org.ar/

COHEN, H.; DE SANTOS, B.; FIASCHÉ, A.; GALENDE, E.; SAIDÓN, O.; STOLKINER, A.; TESTA (1994). *Políticas en Salud Mental*. Compiladores: O. SAIDÓN y P. TROIANOVSKI. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires.

DAVINI, M. C. et al (2003): *Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual*. 1ª edición, Bs.As., OPS, Gobierno de la CABA, Secretaría de Salud, UBA, Instituto Gino Germani.

DAVINI, M.C (2002): *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. Capacitación del personal de los servicios de salud*. OMS/OPS.

DAVINI, María Cristina (1989): *Bases Conceptuales y Metodológicas para la Educación Permanente en Salud*. OPS/PWR Argentina, Pub. N° 19.

DAVINI, María Cristina; NERVI, Laura; ROSCHKE, María Alice (2002): *La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial*. OPS-OMS. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3

DURANTE, Eduardo (2007): *Capacitación de recursos humanos en Atención Primaria de la Salud: una visión desde la educación médica*. En *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Compilador: Daniel Maceira. Ed. Paidós, Buenos Aires.

FAGUNDES, Sandra (1993): *Salud Mental colectiva: La construcción en Río Grande Do Sul*. En: Cuadernos Médicos Sociales N° 63. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario.

FMSM - FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL (2009): *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Descargado de: www.wfmh.org

FRANKEL, Daniel (1993). *Las políticas de salud mental en capilla: década de definiciones en Iberoamérica*. En: Cuadernos Médicos sociales N° 63. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario.

FUNES MOLINERI, Mariana; ESMORIS, Ana Laura; GARCÍA, Miriam; LA GRECA, Natalia; PEREZ, Clara; BRUDNICK, Gabriela; ROJAS, María Soledad; ETCHANDY, Paula (2009): *Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar*. Fac. de Psicología. Anuario de Investigaciones. Vol. XVI. 231-237

GALENDE, Emiliano (2011). En: *Revista Salud Mental y Comunidad*. Ediciones de la UNLa. Buenos Aires.

GALENDE, Emiliano (1998): *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

GALENDE, Emiliano (1992): En *Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década*. Seminario FLACSO-OPS, Buenos Aires.

GAVILÁN, M; QUILES, C. & CHA, T. (2006): *Poblaciones vulnerables y escuelas vulneradas. Un desafío para la orientación vocacional ocupacional*. En *Aprendizaje Hoy* 65, año XXVI.

GODUE, Charles (2004): Prólogo en: Rovere, M. *Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio*. OPS, Washington.

GÓMEZ CAMPOS, V.; TENTI FANFANI, E. (1989): *Universidad y profesiones: crisis y alternativas*. Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.

JUÁREZ D., BAGNASCO, M.E., SZNAJDER, A. y colaboradores: *Uso nocivo de Alcohol*. Módulo del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación. 2011

KARK, S. L. (1992): *The practice of community oriented primary health care*. N. York, Appleton-Century Crofts, 1981. Citado por Levav, I., Golfin, J.: *Temas de salud mental en la comunidad*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 19 . I. Levav Editor. OPS/OMS.

KLIKSBERG, Bernardo (2011): *Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud*. Documento preparado para la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud - Río de Janeiro, Brasil, Octubre.

KOHN, Roberto y Rodríguez, Jorge (2009): *Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe*. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Publicación Científica y Técnica N° 632, 19:34. OPS, Washington

KOHN, R; SAXENA S.; LEVAV I., SARACENO B. (2004). *The treatment gap in mental health care*. Bull World Health Organ. Nov; 82(11):858-66.

LEVAV, I., GOLFIN, J. (1992): *Temas de salud mental en la comunidad*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 19 . I. Levav Editor. OPS/OMS.

LEVÍN, SILVIA (1998): *Trabajo y ciudadanía social: el deterioro de una relación inescindible*. en Revista *Temas y Debates*, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la U.N.R., Año 2 , N° 2 y 3, Rosario.

MERHY E.E, FEUERWERKER L, CECCIM R. (2006): *Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud*. Salud Colectiva. ; 2(2):147-160

MSGCBA – MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN (2005): *Revista Salud Y Población De La Residencia Interdisciplinaria De Educación Para La Salud*. Buenos Aires, marzo.

MSN – MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010a). Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. *Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del comportamiento en Argentina*. Buenos Aires.

MSN - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010b): *Camas Disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones*. Buenos Aires, mayo.

MSN - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010c). Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones. *Problemáticas de salud mental en la infancia-Proyecto de investigación AUAPSI-MSAL. Informe final*

MSN - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN – Sitio web del “*Programa Médicos Comunitarios - Equipos de salud del Primer Nivel de Atención*”:
<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php>

MSPBA – MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2000). *Programa De Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM)*. Documento de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Sitio web: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/programas/residencias_integradas_multidisplnarias.pdf

MSPBA – MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (1987). *Sistema De Atención Ambulatoria Y Domiciliaria De La Salud – ATAMDOS*- Documento del Ministro de Salud, Dr. Floreal A. Ferrara.

MSPBA – MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES *Sistema Único de Registro (SUR) para el primer nivel de atención de la Dirección de APS y Dirección de Salud Mental*. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/dirareasyproyectos/sur/index.html>

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (2010). Observatorio de Salud. Proyecto Provincial de Desarrollo de Recursos Humanos en APS Sub Proyecto Provincial *Redefiniendo La salud Social y Comunitaria*. Mimeo

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2000): *Plan Nacional De Salud Mental Y Psiquiatría De Chile 2000*. Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdonloads/singlefile.php?cid=27&lid=302>

MINOLETTI, A. , ZACCARIA, A. (2005): *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

OMS (2011a): *Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud*.-Río de Janeiro Brasil, 21 de octubre de 2011. EB130.R11 - Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud: Todos por la equidad.

OMS (2011b): *Violencia contra la mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N.º 239- Actualización de septiembre. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>

OMS (2010a): *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*.

OMS (2010b): *Trends in Maternal Mortality, 1990-2008*. Descargado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf el 20/4/2012.

OMS (2008): *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de la salud, más necesaria que nunca*.

OMS (2008b): *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico del Informe Final. Descargado de: http://www.who.int/social_determinants/es/ el 20/4/2012.

OMS (2006): *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Colaboremos por la salud*. Informe del Director General.

OMS (2001): *Informe sobre la Salud en el Mundo: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Descargado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf el 20/12/2011

OMS (1990). *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*. Ginebra

ONU (2009): *Violencia contra las mujeres*. UN Department of Public Information, DPI/2546C, noviembre.

ONU (2000): Declaración del Milenio. Resolución de Asamblea General 55/2, 8 de setiembre. Descargado de <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf> el 20/4/2012

OPS (2009a): *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*- Panamá. Descargado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

OPS (2009b): *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. 49º Consejo Directivo, Washington. Descargado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

OPS/OMS (2004): *Informe Estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud: Recursos humanos para la salud: Superemos la crisis*. Resumen Ejecutivo. Disponible en: www.globalhealthtrust.org

OPS (2003) - *Informe mundial sobre la violencia y la salud* – 2003. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

PASSOS NOGUEIRA, R. (1999): *Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos*. En: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*. Ministerio de Saúde- OPS Brasil-Universidad Federal Rio Grande do Norte, Natal. Citado en: Rovere, M.-Abramzón, M. (2005)

REYNAGA OBREGÓN, S.(1995): *Fundamentos del diseño curricular*, en Documento de propuesta de reestructuración curricular de la licenciatura en Sociología, México, Departamento de Sociología, DEPS, CUCSH. U de G.

RODRÍGUEZ, Jorge, KOHN, Robert; AGUILAR-GAXIOLA, Sergio, Editores (2009): *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Publicación Científica y Técnica N° 632. OPS, Washington.

ROSE, Geoffrey *Individuos enfermos y poblaciones enfermas* En Boletín epidemiológico - OPS - Vol. 6, N° 3 – 1985.

ROVERE, Mario (2006a): *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS/OMS, Washington.

ROVERE, Mario (2006b): *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. 2ª edición ampliada y corregida, El agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte. Córdoba, octubre.

ROVERE, M. (2004): *Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio*. Washington, D.C: OPS.

ROVERE, Mario (2001): *Idas y vueltas en la (des)regulación del sistema de obras sociales en Argentina*. En: Revista Aportes para el Estado y la Administración gubernamental. Año 7- N° 17, Buenos Aires.

ROVERE, M. (investigador tutor); BERTOLOTTI, A.; FUKS, A.; JAIT, A.; BAGNASCO, M. E. (Investigación realizada en el período 2008-2011). *La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos - Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal* - Asociación Civil El Ágora. Proyecto Tesdale Corti: Programa de subsidio a la investigación "Revitalizando la Salud para Todos", del Institute of Population Health University of Ottawa – Canadá.

SAMAJA, Juan. (2004): *Epistemología de la salud*. Ed. Lugar. Buenos Aires.

SCHÖN, D. (1983): *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Ed. Paidós, España. Citado por Borrell y Rovere, 2004.

SIRVENT, María Teresa (1998): *Poder, participación y múltiples pobreza: la formación del ciudadano en un contexto de neoconservadurismo, políticas de ajuste y pobreza*. Descargado de: www.conviven.org.ar/bibliotecas el 1/2/2012.

SLAPAK, Sara; CERVONE, Nélica; LUZZI, Ana María (1998): *El papel de la escuela en los procesos de socialización* (pág. 423-430). En *Latinoamérica: procesos y transformaciones en los vínculos*. T I. Montevideo: FLAPAG, 1998.

STOLKINER, A. Y SOLITARIO, R. (2007): *Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación de dos utopías*. En *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Compilador: Daniel Maceira. Ed. Paidós, Buenos Aires.

STOLKINER; Alicia (1994): *Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental*. En: *Políticas en Salud Mental*. Compiladores: O. SAIDÓN y P. TROIANOVSKI. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires.

STOLKINER, Alicia (1987). *Prácticas en Salud Mental*. Revista de Investigación y Educación en Enfermería. Vol VI, N° 1. Medellín, Colombia.

UNLP - FACULTAD DE PSICOLOGÍA. Documentación descargada el 30/11/2011: Plan de Estudios de la Carrera de Licenciatura en Psicología (1984) y sus modificatorias. Vigencia a partir del ciclo lectivo 2012. Reglamento de Enseñanza y Promoción de la Facultad de Psicología. Información sobre el Curso de extensión de operador socio comunitario. Información sobre el Centro de extensión de la carrera para ver proyectos.- Sitio web: www.psico.unlp.edu.ar/

VILLAMIL, V.; ESTRADA , J.L.; LÓPEZ, M.; SUÁREZ, A. (2006): *Experiencia de un modelo de atención primaria en salud mental*. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

Anexos

Anexo A- Entrevistas a informantes clave

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave pertenecientes a instancias gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen formación de grado y posgrado como el MSPBA (tipo de posgrados abarcados: PMC/ESPNA – Residencias PRIM – Residencias de Psicología), la Facultad de Psicología de la UNLP (formación de grado) y el Colegio de Psicólogos del Distrito XI (tipos de posgrados abarcados: especializaciones).

Los aspectos indagados en las entrevistas han sido los siguientes:

B1- Funcionarios/as de la Dirección de Atención Primaria y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.:

- Principales problemas de la población de la Provincia en materia de salud mental, y las prioridades fijadas por la dirección.
- Posicionamiento de la dirección respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental.
- Situación general del recurso humano de salud mental de la provincia para el abordaje de los problemas y la relación de dependencia que tienen con la dirección.
- Características del trabajo de los/as psicólogos/as en el primer nivel de atención, en la Provincia de Bs. As., en especial en La Plata y Berisso.
- Formación o marco teórico predominante.
- Adecuación de la formación (o no) en relación a los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y al tipo de prácticas implementadas.
- Fortalezas y dificultades para el trabajo en equipo de los psicólogos en el primer nivel de atención de la provincia.

B2- Referentes de la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.:

- Posicionamiento de la dirección respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental.
- Experiencias de capacitación en el primer nivel de atención para los/as psicólogos/as residentes y no residentes dependientes de la dirección.
- Características del trabajo de estos/as profesionales en especial en La Plata y Berisso.
- Adecuación de la formación (o no) en relación a los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y al tipo de prácticas implementadas.

B3- Funcionarias de la Facultad de Psicología de la UNLP:

- Posicionamiento de la Facultad respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental
- Perfil formativo predominante con el que egresan los/as estudiantes de la facultad.
- Orientación de la currícula de grado hacia el campo de la salud pública o la psicología comunitaria.
- Experiencias de capacitación en el primer nivel de atención para los/as estudiantes.

B4- Funcionarias del Colegio de Psicólogos - Distrito XI

- Posicionamiento del colegio respecto de la Atención Primaria de la Salud en el campo de la salud mental
- Formación predominante de los/as psicólogos/as que desarrollan su tarea en el primer nivel de atención en La Plata y Berisso.

- Características del trabajo de estos/as profesionales, en especial en La Plata y Berisso.
- Adecuación de la formación (o no) en relación a los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y al tipo de prácticas implementadas.
- Experiencias de formación en el primer nivel de atención para los/as psicólogos/as ofertadas desde el Colegio.

Anexo B – Cuestionario

Se construyó un cuestionario de opinión para indagar en los/as psicólogos/as las cuestiones pertinentes a esta investigación.

Se explicó verbalmente a cada profesional las razones del estudio y se entregó una nota donde que explicitaba cuestiones relativas a los aspectos éticos.

El cuestionario incluyó 20 preguntas que presentaban opciones definidas previamente. Solo una pregunta y una de las opciones de la última pregunta tuvieron carácter abierto.

A1 -La primer parte del cuestionario solicitó información sobre datos generales como:

- Edad
- Sexo
- Universidad y año de graduación
- Marco teórico: pregunta de opción múltiple
- Si trabaja en algún efector del primer nivel de atención y la localidad
- Tiempo de trabajo en el primer nivel de atención
- Realización de posgrado
- Tipo de posgrado: pregunta de opción múltiple

- Si el posgrado tiene orientación comunitaria

Sobre los tipos de Posgrados:

Para responder sobre el tipo de posgrado realizado se presentaron opciones de acuerdo a la oferta de posgrados existente en Berisso y La Plata. Ellos son:

- Residencia de Psicología, Residencia Integrada Multidisciplinaria de Berisso, ambas dependientes del MSPBA.
- Beca del Programa Médicos Comunitarios, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación en convenio con la Provincia de Bs. As y los respectivos municipios de Berisso y La Plata.
- Maestrías
- Especializaciones
- Otros: en esta opción se incluyeron todos los cursos y seminarios no formales que generalmente versan sobre la teoría y práctica clínica psicoanalítica en su mayoría.

Los únicos dos posgrados que tenían orientación comunitaria eran la Residencia Integrada Multidisciplinaria de Berisso (PRIM) y la Beca del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (PMC/ESPNA). El resto de las opciones correspondieron a orientaciones clínicas. En lo que respecta a las especializaciones cabe aclarar que fue incluida la especialización en salud colectiva del Colegio de Psicólogos.

Sobre la orientación de la formación de posgrado:

Con respecto a esta pregunta se optó por que los/as profesionales decidan según su propio criterio cómo calificaban la orientación de su formación de posgrado, ya que al haber cursado los posgrados son quienes mejor pueden

responder por el contenido de los mismos, teniendo en cuenta que podían haber realizado posgrados tanto clínicos como comunitarios.

A2- La segunda parte del cuestionario se centró en los aportes del posgrado, para el trabajo en el primer nivel de atención. Para ello se seleccionaron una serie de preguntas que apuntaban a conocer la opinión sobre determinados aspectos:

- La utilidad práctica en la experiencia laboral
- La utilidad conceptual para ampliar la idea de salud mental
- Aportes para la realización de actividades comunitarias y/o grupales.
- Aportes que hayan facilitado la comunicación con las personas de la comunidad.
- La contribución a la comprensión e idiosincrasia de la comunidad.
- La valoración de la información sociodemográfica, socio sanitaria y cartográfica de la zona y sobre la comunidad.

Se presentaron opciones de respuesta tales como “para nada”, “algo”, “bastante” y “totalmente” utilizando los criterios generales para la elaboración de escalas cualitativas. (Alfonso Sánchez, 1991)

Como este estudio se orientó a indagar sobre la formación de posgrado, se formuló una pregunta sobre la formación de grado sólo a los fines de tener un panorama muy general respecto de los aportes de dicha formación para desarrollar tareas en el primer nivel de atención, preguntando si consideraban que dicha formación le había provisto de herramientas suficientes para ello.

También se realizaron entrevistas a informantes clave, pertenecientes a la UNLP -ya que la mayoría de los profesionales se habían graduado en esa universidad- con lo cual la información obtenida en el cuestionario sobre la formación de grado, se complementó con la información conseguida en dichas entrevistas.

A3- La tercer parte del cuestionario apuntó a conocer los problemas de salud mental identificados por los/as profesionales. Para ello se les solicitó que identificasen no menos de 3 y no más de 5 problemas de salud mental desde la perspectiva de su disciplina en la comunidad donde desarrollaban o habían desarrollado sus actividades. La pregunta tiene por objetivo la identificación de los problemas más recurrentes en la comunidad, es decir aquellos que se presentan con mayor asiduidad al parecer del encuestado/a.

Al ser una pregunta de respuesta abierta, para darle un tratamiento nominal y estadístico se utilizó un software denominado *text analysis for survey* que categorizó por patrones de respuesta el discurso de cada caso, es decir que las categorías fueron los patrones de respuesta de cada respondente.

Las 6 categorías derivadas de esta categorización fueron las siguientes:

- Violencias: se refiere a la violencia hacia la mujer.
- Abusos: se refiere a la violencia sexual en mujeres y en niños.
- Adicciones: incluye consumo excesivo de alcohol y otras sustancias.
- Trastornos Emocionales y de angustia.
- Trastornos de Aprendizaje: esta es la única categoría que se aplica solamente a la población infantil y adolescente.
- Trastornos de Conducta.

A4- La última parte se concentró en la frecuencia con que los/as profesionales realizaban distintas prácticas, para lo cual, se seleccionaron preguntas que correspondían a prácticas de orientación más comunitaria y otras con una orientación clínica. Se presentaron opciones de respuesta que hacían referencia a la frecuencia de ocurrencia o asiduidad de realización de las mismas: “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”.

Luego se les presentó una situación tipo con diferentes alternativas y se les pidió que eligiesen la alternativa que más se aproximara a su práctica habitual.

Por último, se les preguntó qué aspectos consideraban que debían mejorarse en su modalidad de trabajo a fin de obtener una idea general sobre las necesidades en torno a ello.

A4.1 Con respecto a las prácticas de orientación clínica se seleccionaron opciones referidas a:

- Asistencia psicoterapéutica individual: entendida como el tratamiento brindado por un profesional psicólogo a un sujeto afectado por un conflicto psíquico, con la finalidad de eliminar o disminuir los efectos nocivos de dicho conflicto, de acuerdo con un método y una técnica determinada, que utiliza como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente, siguiendo pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente establecidas.
- Asistencia psicoterapéutica grupal: tipo de tratamiento en el que los pacientes son seleccionados a partir de determinados criterios formando un grupo coordinado por un profesional, con el fin de ayudarse mutuamente a efectuar cambios y superar sus problemas psíquicos.
- Asistencia psicoterapéutica familiar: tipo de psicoterapia que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto, y no de un miembro individual.
- Asistencia psicoterapéutica de pareja: psicoterapia que apunta a la modificación de la interacción entre los miembros de un matrimonio o pareja cuando esta presenta conflictos, orientando a que se resuelvan las diferencias de un modo más eficaz y satisfactorio.

- Realización de psicodiagnósticos: se entiende bajo este término toda evaluación psicológica efectuada por un profesional para determinar el estado salud mental una persona. Generalmente incluye entrevistas y la aplicación de diferentes pruebas o test, ya sea de personalidad y/o de inteligencia. Su duración es limitada a diferencia de los otros abordajes mencionados.
- Orientaciones psicológicas: se refiere a sugerencias realizadas por un profesional psicólogo/a a las personas que no se encuentran bajo un tratamiento psicológico.

Las prácticas con orientación comunitaria se seleccionaron teniendo en cuenta aquellas que dieran cuenta de cómo se identifican, definen y priorizan los problemas de salud así como la modalidad de abordaje:

- realización de un análisis de situación de salud y utilización de indicadores sociodemográficos de la zona.
- participación junto a la comunidad en lo que refiere a la definición de los problemas y la búsqueda de soluciones.
- investigación junto al equipo y otros actores orientada a los problemas identificados.
- actividades de detección, derivación y seguimiento sistemático de algunos problemas como la violencia, las adicciones, los trastornos mentales y los trastornos o déficits alimentarios.
- realización de proyectos en función de los problemas detectados.
- modalidad de trabajo en equipo interdisciplinario.
- articulación intersectorial y trabajo en red en función de las problemáticas detectadas.
- evaluación de cobertura e impacto y registro de las actividades desarrolladas.

Con respecto a las actividades de detección, derivación y seguimiento sistemático de los problemas de salud, se seleccionaron cuatro problemáticas

como violencia (violencia familiar y de género), adicciones (consumo de alcohol y otras sustancias), trastornos mentales (trastornos psiquiátricos que requieren atención psiquiátrica y/o internación) y trastornos alimentarios (desnutrición crónica y aguda, obesidad, anorexia, bulimia) que por su índole necesitan de un abordaje que implique su detección, la derivación a otro nivel de atención del sistema de salud o bien a organismos de otros sectores involucrados en su resolución y su seguimiento sistemático.

Estas actividades constituyen un conjunto que es importante articular, sobre todo en lo que respecta a la derivación y seguimiento sistemáticos, donde derivar equivale a atender la situación en el primer nivel de atención y contribuir a garantizar la asistencia en los otros niveles del sistema sanitario u otros sectores. Esto involucra una corresponsabilidad en el abordaje de las problemáticas que requiere que la derivación se realice de manera acompañada, es decir, otorgándole continuidad a la asistencia correspondiente a cada nivel de atención del sistema sanitario o de otros sectores; en relación al seguimiento, éste implica el seguimiento de la situación en el nivel de atención específico y también el monitoreo de la atención en los otros niveles o sectores con los cuales se necesita trabajar.

A continuación se definen algunos conceptos centrales que fueron utilizados para la definición de estas prácticas:

A- Interdisciplina:

En el campo de la salud, la interdisciplina posibilita relacionar, articular e integrar nuevos conocimientos a los biomédicos, para abordar los procesos de salud/enfermedad/atención de manera integral teniendo en cuenta el carácter complejo de dichos procesos. Esta concepción hace eje en el trabajo en equipo con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivo que requieren de la intervención de diversas disciplinas y de la inclusión de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje. Por ello, no debe confundirse la simple yuxtaposición de disciplinas o profesionales, o bien su encuentro casual a partir

de algunas cuestiones laborales compartidas, con la conformación de un equipo de trabajo que funciona bajo esta modalidad.

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 de dispositivos tales como reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, elaboración del modelo de historia clínica única, como parte de la cotidianeidad del trabajo sanitario (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

B- Intersectorialidad:

Se entiende por intersectorialidad el trabajo articulado entre el sector salud y otros sectores y actores de políticas sociales (educación, promoción social, cultura, seguridad, etc.) con el fin de generar una alineación entre las distintas perspectivas para abordar el carácter complejo de los problemas de salud/enfermedad/atención de los conjuntos sociales. Así, dicho carácter requiere de un esfuerzo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

C- Redes:

Las redes locales consisten en el intercambio y la comunicación fluida entre las instituciones y organizaciones en cuyas estructuras están incluidos los miembros de la comunidad o están constituidas por los mismos (establecimientos educativos y recreativos, clubes, grupos de ayuda, comedores comunitarios, guarderías, iglesias, instituciones de fomento, asociaciones civiles, ONGs, radios locales, etc.), para actuar en función de

problemas y situaciones, con el fin de resolver y prevenir sus consecuencias (Juárez, Bagnasco, Sznajder, 2011).

La modalidad de trabajo en red es esencial en el primer nivel de atención, porque permite una mayor eficacia en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad de una población. La potencialidad de la configuración en redes trasciende la conocida referencia y contra-referencia entre los niveles de atención, pues, a partir de la entrada en la red, se establecen vínculos de solidaridad y nada de lo que ocurra en un ámbito determinado puede ser ignorado en otro (Rovere, 2006b).

D- Participación social:

Es el componente esencial de la estrategia de APS. Se considera un hecho de salud pues permite que los conjuntos sociales generen estrategias conjuntas de resolución de los problemas, a partir de percibir las propias necesidades. Posibilita la construcción de capacidades para analizar y priorizar estrategias, fortalecer lazos de solidaridad, fomentar el intercambio de saberes y experiencias y formular y negociar propuestas de resolución de sus problemáticas (Rovere, Bertolotto, Fuks, Jait, Bagnasco, 2011).

E- Diagnóstico de situación de salud:

Está constituido por dos etapas, un examen preliminar de la comunidad y el diagnóstico propiamente dicho.

El examen preliminar consiste en la revisión crítica de la información disponible y en la identificación de las necesidades de salud mental y de salud en general de la comunidad y sus recursos. Se toman en cuenta para esta revisión la ubicación geográfica, los datos sociodemográficos, las características socioculturales, datos sobre la salud y enfermedad y la organización política, etc.

El diagnóstico comunitario es un proceso continuo de orden cuantitativo cuyo objetivo es establecer la distribución y los determinantes del estado de salud y enfermedad de la comunidad, haciendo hincapié en la distribución de los trastornos y sus condiciones determinantes a fin de lograr su control o cambio a través de un programa. Consiste en la recolección activa y permanente de la información relevante de tipo cualitativo y cuantitativo: las impresiones subjetivas del equipo, de los informantes clave; la información proveniente del examen preliminar e información recogida a través de la actividad clínica, el registro de los casos, encuestas, entrevistas (Levav, I., Golfin, J. 1992).

F- Gestión de recursos municipales:

Con este término se hace referencia a la capacidad del efector de salud, ya sea a través de sus autoridades o del equipo de salud, de gestionar ante otros actores del ámbito municipal, el acceso y optimización de los diferentes recursos en pos de mejorar la calidad de vida de la comunidad. Estos recursos pueden ser administrativos –como por ejemplo mejorar el acceso a las dietas para desnutridos- recursos materiales, insumos de salud, o bien puede tratarse de prácticas en salud, que se realizan en otros niveles de atención y que habitualmente son de difícil acceso para la población.

A4.2 Situación tipo

Se construyó una situación tipo a través de la cual se procuró saber cuál era la modalidad de trabajo a la que estaban más habituados/as.

Para ello, se plantearon problemas socio sanitarios en una comunidad, tanto de la población adulta como infantil. Se presentaron los problemas con un enfoque poblacional dada la necesidad e importancia de que un equipo, sobre todo en el primer nivel de atención, cuente con este nivel de lectura de la realidad, para realizar un análisis epidemiológico que logre sustentar la toma de

decisiones respecto de la salud de la comunidad, donde por supuesto la misma debe participar.

Según Rose (1985) el enfoque individual implica una estrategia de detección de individuos susceptibles de riesgo con la consecuente oferta de protección específica individual, lo que generalmente da lugar a que los/as profesionales realicen algunos intercambios en pos de intervenir o abordar la situación. Es más difícil determinar a partir de este enfoque si realmente están instaladas o no algunas modalidades de trabajo –como el trabajo en equipo, la participación comunitaria, la investigación conjunta de los problemas- que darían cuenta de un trabajo orientado a resolver los problemas del grupo poblacional de la zona.

En cambio el plantear la situación desde el enfoque poblacional -que implica procurar controlar los factores que determinan la incidencia de la población- resultaba más apropiado para determinar si el equipo adoptaba o no estas modalidades de trabajo que en definitiva permiten conocer las condiciones de vida y el espacio social en el cual se producen los cambios en el estado de salud.

Se presentaron cinco opciones de abordaje referentes a modalidades de trabajo que progresaban desde una perspectiva clínica (opciones A y B) a una perspectiva interdisciplinaria (opciones C y D) hasta llegar a una opción más participativa e intersectorial (opción E). Para explicar cada una se tomó como base un esquema propuesto en un documento de la Federación Mundial para la Salud Mental⁵⁴ que planteaba distintos niveles de colaboración entre los profesionales del equipo de salud.

A- Abordaje con perspectiva clínica: los profesionales pertenecen a un mismo efector de salud compartiendo el espacio general, pero realizan su práctica en lugares o consultorios separados. Mantienen algún tipo de

⁵⁴ Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. 2009. Disponible en www.wfmh.org

comunicación en función de algún paciente pero comparten poca responsabilidad y entienden muy poco la cultura del otro.

- B- Abordaje con perspectiva clínica y énfasis en la interconsulta: los profesionales pertenecen a un mismo efector de salud compartiendo el espacio general y a veces los consultorios. Mantienen comunicación periódicamente por los pacientes compartidos. Comprenden la importancia de las funciones mutuas, y hasta es posible que manejen la idea de formar parte de un equipo más amplio, aunque no muy bien definido, pero no comparten un lenguaje común ni una comprensión profunda de sus mundos respectivos.

- C- Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinario: los/as profesionales interactúan periódicamente con respecto a los pacientes, con consultas mutuas y reuniones de coordinación para el abordaje de distintas problemáticas. Existe una comprensión básica por las funciones y culturas respectivas de todos los integrantes del equipo. Sin embargo, muchas veces a pesar de que existe la intencionalidad de trabajar en el marco de un equipo interdisciplinario, puede ocurrir que no sea tan fácil concretarla, de vez en cuando se organizan reuniones para aumentar la cohesión del equipo pero no siempre se logran sostener.

- D- Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo y énfasis en la investigación de los problemas de salud: esta opción es adecuada dentro de un contexto más amplio del trabajo en equipo, por sí sola resultaría insuficiente para un abordaje integral. Se la incluyó a fin de determinar si los profesionales podían establecer esta diferencia.

- E- Abordaje con perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinario con énfasis en la participación comunitaria y la articulación intersectorial: los profesionales forman parte de un equipo interdisciplinario y están integrados a la comunidad donde trabajan. Han instalado modalidades de funcionamiento participativo e intersectorial al punto que se pueden

definir conjuntamente los criterios de abordaje de las problemáticas detectadas previamente.

A4.3 Aspectos a mejorar en el trabajo:

En este punto se indagó sobre los aspectos que los profesionales consideraban mejorables en los que refiere a su modalidad de trabajo. La pregunta era de opción múltiple. Para ello las opciones seleccionadas fueron:

- Necesidad de capacitación permanente para la atención en el primer nivel de atención: quiere decir que la capacitación puede ser una política permanente en el ámbito laboral de salud pública, no mediatizada necesariamente por la universidad, sino una instancia existente dentro de la administración pública.
- Necesidad de contar con mayores recursos e insumos⁵⁵: se refiere a la mano de obra disponible, instalaciones, recursos financieros, equipos y material para ofrecer los servicios de salud necesarios.
- Estabilidad laboral: es la situación deseable para todo trabajador. Sobre esa base, desaparecen las preocupaciones externas a la tarea laboral y el trabajador tiene toda su concentración y energía para desarrollar de manera óptima sus funciones.
- Posibilidad de permanecer en el tiempo en el mismo efector: a medida que aumenta el tiempo en un trabajo, el trabajador se asienta en su tarea, en su contexto, con su comunidad, con los pacientes, etc. El común denominador, con el punto anterior, es que se trata de factores que influyen fuertemente en el desempeño de la tarea laboral.
- Otros: en esta opción se solicitó que se especificara la respuesta.

⁵⁵ Recursos en salud según DeCS - Categoría N03.349.340 - N05.300.420 - SP1.011.117
Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Cuestionario para Psicólogos/as