

ARTÍCULOS ORIGINALES

DIAGNÓSTICO EVALUATIVO PARA EL FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Diagnostic evaluation for the strengthening of strategies of intervention in mental health in Argentina

SANDRA S. GERLERO****, ANA C. AUGSBURGER*, MARÍA P. DUARTE**, MIGUEL A. ESCALANTE***, MARÍA V. IANOWSKI*****, EDUARDO C. MUTAZZI*****, DÉBORA I. YANCO*****

RESUMEN. El estudio muestra los principales hallazgos de un diagnóstico evaluativo sobre políticas, planes y servicios que brindan cuidados en salud mental en Argentina. Con un diseño plural cuali-cuantitativo y un carácter multicéntrico y colaborativo, su desarrollo incorporó diversas contribuciones teórico-metodológicas, a partir del relevamiento de información de diferentes fuentes primarias y secundarias.

Se trabajó sobre seis áreas geográficas que ya contaban con legislación para salud mental en 2007: Río Negro, Córdoba, Entre Ríos, San Juan, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su objetivo fue producir conocimientos que contribuyeran a estimular el debate y a priorizar la salud mental en la agenda de las políticas sanitarias.

Tomando por referencia los principios que impulsan los procesos internacionales de reforma de la atención en salud mental, se señala que Argentina aún carece de una ley nacional de salud mental. La expansión de los servicios de salud mental articulados a la atención primaria muestra una dirección ya consistente y asumida en las políticas sanitarias. A excepción de Río Negro, en las demás jurisdicciones se evidencia un modelo dual que superpone la atención hospitalaria centrada en la enfermedad mental junto a incipientes estrategias y dispositivos alternativos insertos en la vida comunitaria. La escasa información epidemiológica compone un cuadro disperso que no permite conocer problemáticas prevalentes ni priorizar grupos poblacionales vulnerables.

ABSTRACT. The study shows the main findings from a diagnostic evaluation upon strategies, planning and services for mental health care in Argentina.

With an extensive qualitative and quantitative design and a multicentric and collaborative character, the study has incorporated several theoretical and methodological contributions and information primary and secondary sources.

It has worked in five areas that had legislation for mental health in 2007: Río Negro, Córdoba, Entre Ríos, San Juan, Santa Fe and Ciudad Autónoma de Buenos Aires. It intended to produce knowledge to stimulate the debate and give a priority status to mental health in the agenda of health policies.

Taking into account, as a reference, the principles that gave impulse to the international processes to reform the attention in mental health, it is important to point out that Argentina do not have, yet, a national law for mental health.

The expansion of services in mental health, articulated to primary care, shows a consistent direction assumed by the sanitary policies. Exception made to Río Negro, in the remaining jurisdictions there is a dual model that overlaps the hospital centered care in mental health, together with incipient strategies and alternative devices, inserted in the communitarian life. The very little epidemiological information created an elusive panorama that makes impossible to reach the core of the main problems, or give a priority attendance to the most vulnerable population.

PALABRAS CLAVE: Salud mental - Investigación evaluativa - Políticas de salud mental - Reforma de sistemas de salud - Epidemiología

KEY WORDS: Mental health - Evaluation research - Mental health policies - Health System Reform - Epidemiology

* Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Rosario. Argentina

** Dir. de Epidemiología. Min. de Salud y Acción Social de Entre Ríos.

*** Instituto de Salud Mental. Universidad Nacional de Córdoba.

**** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

***** Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud de Río Negro.

***** Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila".

Ministerio de Salud de Santa Fe.

***** Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Ministerio de Salud GCBA.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Beca "Carrillo-Oñativía", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE ENVÍO: 28 de diciembre de 2009

FECHA DE APROBACIÓN: 03 de febrero de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Sandra S. Gerlero. E-mail: sgerlero@enetemail.com.ar

INTRODUCCIÓN

Desde hace casi dos décadas, el campo de la salud mental comenzó a tener mayor visibilidad, tanto en contextos internacionales como locales, a partir del impulso progresivo que instalaron en el sector los procesos de reforma.^{1,2,3}

Diversos organismos han instado a que se contemple la especificidad de la salud mental en la formulación de planes nacionales de salud, se incrementen los esfuerzos por reestructurar los procesos de atención —reemplazando el hospital psiquiátrico por servicios de atención comunitaria—, se diseñen estrategias de prevención y promoción de la salud, se formule legislación particular sobre el tema y se enuncien y concreten medidas efectivas de protección de los derechos humanos de quienes sufren problemas mentales.

En Argentina, si bien se han trazado lineamientos y acciones

que valorizan la salud mental en el contexto más amplio de las políticas sanitarias, se expresan fuertes inequidades en su cuidado y protección entre los distintos grupos sociales y en las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas, en función de la carencia de servicios específicos de atención primaria y modelos descentralizados de atención.

Un examen crítico de la situación nacional revela un conjunto de problemas no resueltos en el campo de la salud mental, sintetizados en: a) inexistencia de una legislación nacional que brinde un marco para las políticas y prácticas sanitarias de salud mental, b) el alto número de personas que permanecen internadas por períodos terapéuticamente indeterminados, en condiciones de cronicidad o abandono, c) la vulnerabilidad y el riesgo constante de violación de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico, al no estar suficientemente garantizados los principios que las consideran sujetos de derecho y no objetos de tutela o custodia⁴, d) la fragilidad ética de las prácticas asistenciales con procesos de atención que no satisfacen estándares mínimos de calidad, y e) la débil existencia de redes y estrategias de soporte social para propender a la máxima autonomía e independencia posible de las personas con problemas mentales.

Considerando los principales aspectos involucrados en el cuidado de la salud mental en el contexto nacional, este trabajo elabora un análisis de carácter evaluativo que busca identificar las transformaciones y logros obtenidos en el terreno de las políticas, los planes y los servicios específicos; a la vez que explora aquellos obstáculos y barreras que dificultan intervenciones sustentadas en la integralidad, continuidad y calidad en el cuidado de la salud mental.

Los hallazgos se sustentan en una investigación que contribuyó a abonar un terreno poco explorado; a construir un diagnóstico evaluativo orientado a describir y comprender las políticas, los planes y el marco legislativo vigente; a caracterizar las instituciones y modalidades de atención y a trazar el perfil de los problemas prevalentes de los usuarios de los servicios, en tanto componentes sustantivos del estado actual de la salud mental en Argentina.

En articulación con los objetivos de conocimiento, se buscaron propósitos político-estratégicos, tendientes a fortalecer y estimular el desarrollo de prácticas evaluativas institucionalizadas.

MÉTODO

EL ENFOQUE ADOPTADO SOBRE LA EVALUACIÓN

El estudio, desarrollado durante 2007, constituye una investigación evaluativa que vincula categorías analíticas devenidas del encuentro entre la salud mental y las políticas de salud.

La evaluación en salud mental ha estado tradicionalmente restringida a la medición del modo en que una actividad alcanza o no sus resultados y al establecimiento de juicios de valor ligados a referencias ideales desde una visión externa. Buscando superar esas limitaciones, este estudio asume como referencial teórico que "el proceso de evaluación implica un juicio de valor sobre determinada intervención o sobre alguno de sus componentes, con el objeto de auxiliar la toma de

decisiones", destacándose el carácter inclusivo y participativo del mismo.^{5,6,7,8}

Para la ejecución del trabajo, se adoptó un carácter multi-céntrico y colaborativo y se identificaron como unidades de análisis a las seis jurisdicciones nacionales que contaban, a comienzos del 2007, con la sanción de una legislación específica para salud mental. La selección de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, San Juan y Santa Fe se fundamenta en que la norma instala un marco regulatorio de las intervenciones del sector y es indicativa de la existencia de grupos sociales, políticos, gestores, profesionales y organizaciones civiles que estimularon el debate, en sus distintos momentos y visibilizaron la relevancia de la salud mental en esos ámbitos.

Los espacios geográficos y políticos que circunscriben la investigación presentan características socio-económicas y sanitarias con diferentes grados de desarrollo humano y revelan inequidades entre las diversas áreas. De las seis jurisdicciones, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe exhiben los mejores indicadores económicos, culturales y sanitarios, Entre Ríos y Río Negro muestran condiciones cercanas a los promedios nacionales, mientras que San Juan se ubica en una posición desfavorable con respecto a ellos.

La identificación de estas unidades llevó a considerar un diseño de casos múltiples, con niveles de análisis interrelacionados, que aportó la posibilidad de trabajar con cada una de las áreas como unidad específica y compleja. Ello redundó en la construcción de un diagnóstico local para cada ámbito y sentó las bases sobre el estado de situación a nivel nacional.

La dinámica de la investigación contempló distintos componentes metodológicos que articularon la indagación teórica con la construcción de los datos empíricos. Para la elaboración de los datos se incorporó un conjunto de herramientas de carácter cuanti-cualitativas, que permitió atender y percibir dinámicas, estructuras, acciones de los sujetos, indicadores y relaciones entre lo micro y lo macro de los diferentes contextos evaluados.

Para el análisis del marco legislativo y las políticas y/o planes de salud mental, se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales y se identificaron como informantes clave a los representantes de los niveles político-gubernamental, de gestión y de coordinación de áreas y programas en cada contexto particular. Además, se analizaron normativas legislativas y político-programáticas, documentos técnicos de planes y programas e informes de gestión y funcionamiento de cada área institucional.

Para la descripción de las respuestas sociales organizadas y la construcción del perfil de usuarios de los servicios de atención, se realizaron entrevistas a responsables, coordinadores y prestadores de los procesos de cuidado de salud mental. Además, se revisaron los registros institucionales de producción de servicios, informes de consultas y admisión e historias clínicas; así como censos de población nacional y provinciales e indicadores sanitarios básicos de cada escenario local.

En la indagación de las fuentes primarias y secundarias, se utilizó una guía temática que integraba información de los diversos componentes, expresada en matrices operativas y analíticas para cada jurisdicción y para la síntesis del conjunto (ver Tabla 1).

La información cualitativa se organizó a través de un proceso de segmentación de los textos y relatos, según unidades de significación. Los datos cuantitativos se procesaron con el programa Epi-info 6.0.

La estrategia multicéntrica requirió del desarrollo de procedimientos analíticos según distintos momentos. En el primero, se elaboró un conocimiento singular e intensivo, que respetó los contextos particulares y la historia del desarrollo del sector de salud mental en cada ámbito. En el segundo momento, se analizaron los casos comparativamente para identificar regularidades y elementos distintivos en el conjunto de los centros seleccionados. En el tercero y último, se elaboró una interpretación para subsumir lo ya analizado, con referencia a lo que Schutz⁹ denomina "constructo de segundo orden". Esta tarea permitió alcanzar una construcción interpretativa del conjunto de los componentes indagados, con una visión integral de la situación de las políticas, los planes y los servicios de salud mental en el ámbito nacional.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de la Salud "Juan Lazarte" de la ciudad de Rosario. Todos los entrevistados fueron informados sobre los objetivos y propósitos de la investigación y asintieron su participación de manera libre y voluntaria.

RESULTADOS

LA LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL: LA SITUACIÓN NACIONAL Y LOCAL

El proceso de reforma de la atención en salud mental en América Latina cobra distinta intensidad en los países de la región, donde no se desenvuelve a ritmo constante sino con momentos discontinuos. En Argentina, la década de los noventa se caracterizó por la sanción de algunas leyes provinciales que orientaron transformaciones de las políticas y las prácticas de salud mental en el nivel local. A comienzos de 2007, sólo seis jurisdicciones de todo el país contaban ya con leyes sobre salud mental, todas ellas sancionadas entre 1991 y 2000.

El conjunto de las leyes enfatiza el respeto por los derechos humanos de los pacientes, conforme a los lineamientos de la Declaración de Caracas¹⁰ y los 25 principios de la Organización de Naciones Unidas.¹¹ Las leyes de Santa Fe y Córdoba contemplan garantizar el derecho al tratamiento y al cuidado de la integridad psíquica y física durante la internación psiquiátrica, mientras que las restantes jurisdicciones agregan otros derechos.

Frente al debate social y sanitario sobre el hospital psiquiátrico, las diferentes leyes toman posiciones desiguales. La ley de Río Negro es la única que reconoce la ineficacia terapéutica de la claustración de las personas en el hospital monovalente y prohíbe la construcción de éstos en los sectores público o privado.

En similar dirección, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Entre Ríos promueven la desinstitucionalización progresiva y el traspaso de la asistencia a centros de salud mental territoriales. En Santa Fe, la reglamentación de su ley dispone la reconversión institucional bajo el nombre de Hospital Interdisciplinario de Salud Mental, aunque mantiene su carácter monovalente. San Juan mantiene el formato monovalente tradicional y la ley de Córdoba no hace referencia a su transformación ni a su sustitución por otras formas de cuidado.

A pesar de estas diferencias, en casi todas las normas está presente la necesidad de incorporar la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud.

LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD MENTAL

Para ponderar las políticas y los planes, se seleccionaron algunas categorías de análisis que permitieran contemplar la inclusión de los cuidados de salud mental en la atención primaria, la integralidad de las acciones, la territorialización de los servicios, el desarrollo de instituciones y prácticas sustitutivas y el establecimiento de metas político-sanitarias y de evaluación de acciones.

Las jurisdicciones estudiadas exponen situaciones diversas en relación con la formulación de políticas específicas del sector. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos asumen explícitamente la atención primaria y proponen como principio organizativo la territorialización de los servicios.

A excepción de Río Negro, el análisis permite visualizar que es incipiente la constitución y/o fortalecimiento de una red de servicios para la atención integral de la salud mental, que comprometa la articulación entre centros comunitarios y hospitales generales, y que apunte la reforma hacia servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico. Tal situación adquiere características muy disímiles en la implementación en cada una de las áreas en estudio.

En la mayoría de los territorios estudiados, se mantienen los tradicionales y cuestionados hospitales psiquiátricos y no se estipulan acciones ni se fijan tiempos concretos y válidos para su cierre o reconversión definitiva. Río Negro, mediante la supresión de las instituciones psiquiátricas, preserva y protege a su población de la violación de derechos que ha caracterizado históricamente a esos establecimientos asilares.^{12,13,14,15}

El desarrollo de prácticas e instituciones comunitarias sustitutivas a la internación, ha comenzado a desplegarse en estos últimos años a través de dispositivos alternativos de cuidado. En los distintos lugares, las casas de medio camino, los subsidios a la externación, los programas para la reinserción de pacientes y los emprendimientos económico-productivos para personas con problemas mentales han comenzado a implementarse, aunque con inusitada lentitud y de manera puntual en algunos municipios.^{16,17,18} Río Negro sobresale en el contexto nacional, ya que lleva más de dos décadas de tarea y experiencia en esta dirección.^{12,19}

El establecimiento de metas francas de corto, mediano o largo plazo en las políticas del sector permanece como una deuda pendiente y se manifiesta en la carencia de

TABLA 1. MATRIZ OPERATIVA Y ANALÍTICA DEL CONJUNTO DE COMPONENTES

Nivel	Leyes y Reglamentos	Políticas y Planes	Respuestas Sociales Organizadas	Perfiles Epidemiológicos
MACRO	<ul style="list-style-type: none"> » Contexto histórico » Definiciones salud / enfermedad mental » Propuesta de procesos de reforma » Resguardos de derechos ciudadanos » Regulación del sistema de salud » Cobertura poblacional 	<ul style="list-style-type: none"> » Integración de políticas de salud mental y políticas de salud » Formalización del área de salud mental » Formulación de la política de salud mental » Significaciones acerca de procesos de reforma 	<ul style="list-style-type: none"> » Planificación y modalidades de organización de los servicios de salud mental » Integración de los servicios de salud mental » Nivel de complejidad de los cuidados de salud mental » Disponibilidad y estructura de servicios de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> » Características demográficas de las jurisdicciones seleccionadas » Taxonomía adoptada para la identificación de "caso" en salud / enfermedad mental » Implementación de vigilancia epidemiológica en salud mental
MESO	<ul style="list-style-type: none"> » Conocimiento de la ley » Implementación de reformas de hospitales psiquiátricos » Mecanismos de protección de derechos en áreas, planes y acciones de salud mental » Planificación de respuestas según cobertura poblacional de la ley » Inclusión de movimientos sociales, familiares y usuarios en planes 	<ul style="list-style-type: none"> » Formulación y contenidos de la política de salud mental » Definición de prioridades en las políticas » Implementación de las políticas de salud mental » Evaluación de las políticas del sector » Avances de la implementación de reformas 	<ul style="list-style-type: none"> » Modalidades de organización de los servicios de salud mental » Nivel de complejidad » Criterios de integración entre servicios de salud mental » Integración entre servicios de salud mental y estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). » Disponibilidad y estructura de servicios de salud mental » Acceso y utilización de los servicios » Recursos humanos en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> » Características demográficas del área » Frecuencia institucional de los problemas de salud mental » Criterio clasificatorio adoptado para categorizar los problemas de salud mental » Información según niveles » Características de intervenciones más frecuentes según institución
MICRO	<ul style="list-style-type: none"> » Implementación de la ley en los cuidados de salud » Criterios de salud / salud mental en las prácticas de salud » Respeto de los derechos en la atención y cuidado de la salud mental » Inclusión de movimientos sociales, familiares y usuarios en los procesos de cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> » Programación y organización de las respuestas de salud mental » Evaluación de las respuestas específicas » Situación actual de instituciones monovalentes 	<ul style="list-style-type: none"> » Caracterización de instituciones y dispositivos de salud mental » Criterios de integración entre los servicios de salud mental » Características de acceso y utilización de servicios de salud mental según institución 	<ul style="list-style-type: none"> » Frecuencia de usuarios según grupos étnicos por institución / dispositivo » Frecuencia de los problemas de salud mental por institución » Producción de información y modalidades de registro de los servicios según distintos niveles

instrumentos o mecanismos de evaluación que permitan estimar el grado de desenvolvimiento de las acciones planificadas y/o ejecutadas.

LAS RESPUESTAS SOCIALES ORGANIZADAS QUE COMPONEN EL SISTEMA DE SALUD MENTAL

Existe una diversificación significativa de estrategias para responder a los problemas de salud mental que reúne, desde hospitales monovalentes, hasta experiencias como la rionegrina, pasando por un conjunto de procesos que mixturán el modelo de atención asilar con enfoques de carácter comunitario.

La organización sanitaria reúne a 15 hospitales psiquiátricos del subsector público en cinco de las jurisdicciones analizadas, exceptuando a Río Negro, y una proporción de 36 camas cada 100.000 habitantes para el conjunto. La totalidad de jurisdicciones presentan servicios de salud mental integrados a las estructuras de salud general, aunque brindan diferentes modalidades de atención. Las posibilidades y características de la internación por problemas de salud mental en los hospitales generales presentan realidades heterogéneas. En Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Juan, Córdoba y Entre Ríos existen salas o camas exclusivas para las internaciones causadas por problemas de salud mental. Señalando la persistencia del modelo asilar, sólo el 10% del total de camas destinadas a la asistencia de salud mental están ubicadas en establecimientos polivalentes.

Bajo estrategias de inserción social y laboral, se reúnen organizaciones y procedimientos que buscan evitar la exclusión y fomentan la inclusión social de personas con problemas mentales. Aquellas se encuentran en distintas formas y grados de desarrollo, la mayoría incipientes, o inexistentes, como en San Juan y Entre Ríos.

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN SU DIMENSIÓN COLECTIVA

Los datos obtenidos revelan que la información epidemiológica producida por los organismos sanitarios gubernamentales es escasa y fragmentada, lo cual ocasiona un desconocimiento de la situación de salud mental de la población en el país.

Al describir algunas de las características socio-epidemiológicas de la población usuaria de servicios de salud mental, se observa que la información de cada área es dispar, incompleta y se encuentra segmentada por institución, lo que impide componer un cuadro de síntesis del conjunto de las provincias.

Se destaca la reciente implementación del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sumado a ello, el Sistema de Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria permite el registro de los procesos de atención específicos desarrollados en la red de atención primaria de esa jurisdicción. Tales acciones han permitido iniciar el conocimiento de las características y composición de la población demandante en las instituciones que prestan servicios ambulatorios.

Si bien Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Río Negro consiguen trazar un patrón de las consultas ambulatorias, esa

información no ha podido ser elaborada para las provincias de Santa Fe, San Juan, Córdoba y Entre Ríos. Esta ausencia de datos de las consultas ambulatorias cobra relevancia en los grupos de niños y adolescentes para los cuales esa es la principal modalidad de atención.

Tampoco ha sido posible establecer el número total de personas que se encuentran internadas en los hospitales monovalentes de las cinco jurisdicciones que los mantienen.

DISCUSIÓN

El presente trabajo sintetiza un diagnóstico evaluativo de las políticas y los planes de salud mental en Argentina, a través del análisis de seis jurisdicciones del país. Dicha evaluación identificó tanto un conjunto de transformaciones y avances logrados como las limitaciones y deudas aún pendientes para el cuidado de la salud mental de la población.

Argentina aún carece de una ley nacional de salud mental. La ausencia de una norma nacional es ilustrativa de la desatención y los desacuerdos existentes en el sector. Si bien puede ser ventajosa la situación de las provincias que cuentan con legislación específica, sus leyes muestran contradicciones en los modelos de atención y reflejan pautas incumplidas para la reestructuración de los manicomios.

Difícilmente se consiga modificar las formas presentes de exclusión social y fragmentación sanitaria, si se mantiene el hospital monovalente como principal estrategia de cuidado frente a los problemas más severos, y si persiste un modelo de atención que no suprime las pautas de la asistencia psiquiátrica tradicional.

La continuidad de hospitales monovalentes perpetúa una organización en la cual los establecimientos generales aparecen sólo como puerta de ingreso para pacientes que luego son derivados hacia las instituciones psiquiátricas.¹⁴ Períodos de internación que superan una década en la mayoría de los psiquiátricos analizados, son elocuentes respecto de ello.²⁰

Un eje de avance tangible, que requeriría ser fortalecido, se encuentra en la expansión de los servicios de salud mental articulados al desarrollo de una red de atención primaria. La distribución territorial de los cuidados y su integración en servicios de salud general, señalan una dirección consistente asumida en las políticas sanitarias. Además, la fuerte concentración de esos servicios en los grandes centros urbanos provinciales (Rosario, Santa Fe, Paraná, Córdoba y San Juan) expresa las limitaciones de accesibilidad geográfica de la población.

Particular atención merece el insuficiente desarrollo de dispositivos dedicados al cuidado de la salud mental infantil. Conforme con otros estudios, los resultados revelan la deficitaria planificación de acciones que privilegien a esos grupos etéreos, como así también la ausencia de información sobre sus problemas prevalentes.^{21,22}

Uno de los puntos más débiles en el desempeño de las políticas de salud mental, ratificado en el análisis de estas jurisdicciones, se muestra en el deficitario conocimiento del perfil epidemiológico de la población con padecimiento psíquico.

Por último, la implantación de procesos de reforma en las políticas públicas en salud mental requiere estar acompañada de metas claras a corto y largo plazo. Como revelan los hallazgos, la escasa documentación de las políticas acerca de sus objetivos torna difícil su sustentabilidad. Cuando aquellas no establecen plazos de tiempo y los planes no estipulan metas con presupuestos temporales que garanticen su continuidad, las acciones quedan sujetas a vicisitudes, conflictos políticos y cambios en las coyunturas de gestión.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Alentar el debate y compromiso político de actores gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales, entre otras, para la sanción de una ley nacional de salud mental que resulte de un fuerte consenso social.

Promover que las autoridades sanitarias elaboren documentos programáticos, que sellen por escrito acciones y metas en las políticas de salud mental.

Consolidar las redes de servicios de salud mental con base en atención primaria, articuladas a los sistemas de salud generales y propendiendo a superar la fragmentación existente en la atención de los problemas psíquicos.

Estimular el establecimiento de instituciones e intervencio-

nes comunitarias que garanticen la atención precoz y continua de las personas con padecimientos severos, anticipándose a la cronificación y exclusión social de los mismos.

Alertar sobre la urgencia de planificar políticas que prioricen el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes en el seno de políticas integrales.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Incorporar en los sistemas de información epidemiológica, nacionales y provinciales, indicadores específicos de salud mental, que releven los problemas en su contexto regional y permitan componer un nivel de agregación nacional.

Incentivar la investigación sanitaria para fortalecer el conocimiento que haga visible las diferencias de salud entre grupos sociales en cada región o entre regiones del país, buscando identificar aquellos más vulnerables para planificar acciones compensatorias.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Renovar y ampliar la formación del equipo de salud mental, para acompañar el proceso de reforma de los modelos de cuidado, con énfasis en la atención primaria, la promoción, la prevención y la epidemiología.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Caldas de Almeida J. *Implementación de políticas y planes de salud mental en América Latina*. Rev. Psiquiatr. Urug, Vol 71(2), Uruguay 2007.
- ² Desviat M. *La Reforma Psiquiátrica*. DOR SL Ediciones, Madrid 1994.
- ³ Vasconcelos E (orgs.). *Abordagens Psicossociais Vol II Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares*. Editora HUCITEC, Brasil 2008.
- ⁴ Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina: Salud Mental y Derechos Humanos. Serie: Normas y acciones en un estado de derecho. Buenos Aires 2007.
- ⁵ Hartz Z. Evaluation du programme de santé maternelle et infantile dans une regione du Nord-Est du Brésil. Tesis doctoral. Mimeo, Montreal 1993.
- ⁶ Da Silva L, Formigli V. *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*. Cad. Saúde Pública, Vol 10 (1), Brasil 1994.
- ⁷ Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis J, Pineault R. *La evaluación en el área de la salud*. Conceptos y Métodos. Mimeo, 1997.
- ⁸ Furtado JP. *Un método constructivista para a avaliação em saúde*. Ciencia & Saúde Colectiva, 6 (1), Brasil 2001.
- ⁹ Schutz A. *La construcción significativa del mundo social*. Editorial Paidós, Barcelona 1993.
- ¹⁰ Oficina Sanitaria Panamericana "Declaración de Caracas, 1990". "Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina". Boletín informativo. OPS, 1994.
- ¹¹ Organización de Naciones Unidas: Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Disponible en <http://www.cidh.oas.org>
- ¹² Cohen H, Natella G. *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Editorial Lugar, Argentina 1995.
- ¹³ CELS-MDRI. *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Ediciones, Buenos Aires 2007.

¹⁴ Hollmann V, Iribarne JP. *La admisión en un manicomio: Crónicas Delirantes en Revista Topia*. Año XIX, Nº 57, Buenos Aires Nov 2009 – marzo 2010.

¹⁵ Amarante P. *Superar el manicomio*. Topia Ediciones, Argentina 2009.

¹⁶ Stolkner A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira D: *Atención Primaria en Salud - Enfoques Interdisciplinarios*. Paidós Tramas Sociales: Buenos Aires 2007.

¹⁷ Jerez Bodereau D. Proyecto ISOLE: Integración Socio-económica Contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina. VII Jornadas de Salud Mental Comunitaria. Salud mental y Derechos Humanos. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires 2009.

¹⁸ Faraone SA, Valero AS, Bianchi E, Geller Yael. Ciencias Sociales y Salud Mental. Un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras: El caso del 'Corralito'. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en www.iigg.fsoc.uba.ar/saludypoblacion/

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. A su salud! Salud Mental/Derechos Humanos/Justicia. Número Especial Temático. OPS/OMS, Argentina 2007.

²⁰ Gerlero S (Coord.) Augsburger A.C., Duarte M.P., Escalante M., Ianowski M. V., Mutazzi E. Yanco D. "Evaluación de políticas, planes y servicios de Salud Mental en Argentina (2007). Diagnóstico para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental". Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Mimeo Mayo 2009.

²¹ Barcalá A, Torricelli F, Brió MC, Vila N, Marotta J. Salud Mental Infantil: Un análisis de la capacidad de respuesta de los servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires. En: *Psicofarmacología y Neurociencia en Pediatría*. Brió MC (comp). Scien Editorial, Buenos Aires 2007.

²² Temporetti F, Augsburger AC, Bertolano L. Salud Mental en la infancia. Estudio epidemiológico de la población de 3 – 13 años. Informe Final Proyecto de Investigación. Facultad de Psicología-UNR/Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2008. Disponible en www.fpsico.unr.edu.ar