

RECOMENDACIONES PARA LA
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

**RECOMENDACIONES
PARA EL ABORDAJE
DE LA SALUD MENTAL
EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN**

-2019-

**RECOMENDACIONES
PARA EL ABORDAJE
DE LA SALUD MENTAL
EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN**

-2019-

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

Secretario de Coberturas y Recursos de Salud

Dr. Luis Alberto Giménez

Subsecretaria de Coberturas Públicas Sanitarias

Lic. Cintia Aldana Cejas

Directora Nacional de Salud Familiar y Comunitaria

Med. Sandra Fraifer

PARTICIPANTES

Redacción:

Med. Sandra Fraifer, Lic. Agustina Garate, Lic. Luciano Grasso, Lic. Paula Rovetto.

Aportes:

Dra. Silvana Baró, Med. José Correa, Dr. Leandro Luciani Conde, Dra. Silvina Malvarez, Lic. Lucía Pomares, Dra. Débora Yanco, Consejo Consultivo Honorario, Federación Argentina de Medicina Familiar y General, Referentes de Salud Mental y Primer Nivel de Atención de las Jurisdicciones

Revisiones:

Lic. Daniela Bonanno, Lic. Silvina Sosa.

Coordinación Editorial:

Lic. Milena Korín.

Diseño Gráfico:

Jorge Daniel Barros

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	09
Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud	09
Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria	09
Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad	10
Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red - EAPS	12
El componente de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención	12
1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	15
1.1 Atención Primaria de la Salud y Salud Mental	17
1.2 Abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención	19
2. TERRITORIOS Y ESCENARIOS	23
3. RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS EN LA CLÍNICA AMPLIADA	25
4. ABORDAJES Y DISPOSITIVOS	29
4.1 La organización del trabajo en el Primer Nivel de Atención	29
4.1.1 Cobertura y accesibilidad	29
4.1.2 Equipo de salud	30
4.1.3 Disponibilidad de psicofármacos	31
4.1.4 Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad	31
4.1.5 Participación comunitaria	33
4.2 Dispositivos de intervención en el Primer Nivel de Atención	34
4.2.1 Acogimiento de la demanda	34
4.2.2 Taller	35
4.2.3 Charla informativa	35
4.2.4 Campañas de sensibilización	35
4.2.5 Juegoteca y rincón de lectura	36
4.2.6 Posta de salud	36

4.2.7 Visita domiciliaria	36
4.2.8 Consultoría / Consejería	37
4.2.9 Entrevista	37
4.2.10 Psicoterapia clínica	37
4.2.11 Tratamiento psicofarmacológico	38
4.2.12 Grupo de pares / Grupos de ayuda mutua / Grupos de reflexión	39
4.2.13 Grupos terapéuticos	39
5. HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO	41
5.1 Reunión de equipo	42
5.2. Ateneos, supervisión de casos y seguimiento de proyectos terapéuticos singulares	42
5.3 Relevamiento comunitario	42
5.4 Análisis de situación de salud – ASIS	43
5.5 Participación en espacios de concertación	43
5.6 Registros clínicos y comunitarios	43
5.7 Sistematización de la experiencia	44
6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN	47
7. REFLEXIONES FINALES	49
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
9. GLOSARIO	59
ANEXO: EQUIPO DE ABORDAJE PSICO-SOCIAL - EAPS	67

Quienes produjimos y desarrollamos este material, bregamos por un trato no sexista ni discriminatorio en los actos y en el lenguaje. No obstante, y para no sobrecargar su lectura utilizando la variación o/a con la intención de marcar la existencia de ambos sexos, se decidió utilizar el masculino genérico, en el entendimiento y acuerdo que en todas estas menciones se referencia la existencia de varones y mujeres

INTRODUCCIÓN

| Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la nación, las provincias y los municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS propone la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) con un fuerte componente territorial en el Primer Nivel de Atención (PNA) que promueve la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país. Esta estrategia define un modelo de atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada a efectores de salud y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. La CUS promueve fortalecer el avance hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

| Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un modelo de Salud Mental Comunitaria que promueva el abordaje integral del padecimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y

nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la política pública de Atención Primaria de la Salud (APS).

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental. La LNSM reconoce a la persona con padecimiento mental como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con los padecimientos psíquicos constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento.

Estos eventos generan importante padecimiento mental y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Distintos documentos internacionales coinciden que entre los problemas más prevalentes, con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; OMS, 2017).

| Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un modelo de atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la LNSM. El modelo de salud mental comunitaria promueve una atención respetuosa y promotora de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial que propone un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana. De esta manera se entiende a las problemáticas en salud mental como complejas y multidimensionales en el marco de un proceso de determinación social.

El modelo de abordaje comunitario propone el desarrollo y fortalecimiento de una Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico singular, en el marco de la clínica ampliada, como estrategia en la que la persona que padece, y sus vínculos, tienen un rol central. Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente – una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones con internación monovalente hacia estas estructuras de la Red. Esta Red debe sustituir de manera progresiva a estas instituciones, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del modelo de abordaje comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención, para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de salud mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta Red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento mental en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Este abordaje, se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos, y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial evitando las internaciones innecesarias.

| Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red - EAPS

En el marco de la ESFyC, que contempla equipos nucleares y ampliados en el territorio, se proponen EAPS. Su función es de apoyo matricial a los equipos nucleares y ampliados para el abordaje de la salud mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Los EAPS son equipos del primer nivel de atención que trabajan el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como las problemáticas de salud mental más severas. Los EAPS tienen el propósito de mejorar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados en salud promoviendo la política pública de APS.

| El componente de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

La presente publicación forma parte de la serie “Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad” y tiene como objetivo acercar sugerencias y recomendaciones como herramientas de trabajo para el abordaje de la salud mental en el PNA. La propuesta es aportar al cambio del enfoque profesional – biologicista - asistencial (Menéndez, 2005), por otro centrado en la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano. Se halla enmarcado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario N°603/2013. En el Art. 9° de la LNSM se explicita que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales y basado en los principios de la APS. Estos son: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, servicios orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad de los sistemas de salud, participación, e intersectorialidad.

Más allá que existen experiencias exitosas en donde la salud mental comunitaria está instalada en los equipos de salud del PNA, su implementación no parece tener los resultados esperados. Resulta pertinente proponer posibles alternativas, tomando como referencia los aportes de la medicina social y la salud colectiva como modelos emblemáticos en América Latina en el ámbito de la salud mental.

Uno de los aspectos en los que se ha avanzado en el abordaje de la salud mental en el PNA en los últimos años en la Argentina, es en la implementación de la estrategia de salud familiar y comunitaria¹ en donde se posiciona a la salud mental como dimensión que abordan los equipos de salud en el territorio.

Por lo anteriormente mencionado, este documento puede significar un aporte para repensar las prácticas en el campo de la salud mental en el PNA como parte esencial de las políticas de salud comunitaria.

¹ República Argentina. (2019). Estrategia de salud familiar y comunitaria. Resolución 2019-32-APN-SGS#MSYDS. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-32-2019-318730>

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

En su inicio en 1978, la Declaración de Alma Ata supuso un cambio de paradigma en una doble dirección. Por un lado en la identificación de los determinantes sociales de la salud de las personas y poblaciones. En segundo término en el papel esencial que debe desempeñar la Atención Primaria de la Salud en los sistemas sanitarios para abordarlos y permitir aproximarse al objetivo de mejorar la salud de dichas personas y poblaciones.

Define la Atención Primaria de la Salud como: “la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo” (OPS, 1978). Los consensos abordados en aquel año, estuvieron vinculados al compromiso de los Estados presentes en cuanto a niveles de cobertura, lo cual se vincula con uno de los elementos de la política pública de APS: la universalidad. A 40 años de Alma Ata, en el marco de la Conferencia Mundial de Astaná realizada en Kazajstán en el año 2018, se reafirma este compromiso, a pesar que el objetivo de la misma no se ha cumplido y se vuelve a posicionar a la salud como derecho humano, y la necesidad de generar políticas públicas claras, sostenidas en el tiempo, reforzadas por compromisos legislativos y por sobre todo económicos. El Estado debe estar presente para garantizar el derecho a la salud. Así, se confirma que la APS es la política pública más inclusiva, eficaz y costo efectiva para la mejora de la salud de las personas, así como su bienestar social. La APS es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

En este sentido este documento no considera a la APS como un nivel de atención, ni como una atención primitiva, ni tampoco como un conjunto de prestaciones básicas, sino que reivindica su lugar de política pública que garantiza derechos e incluye a todos los niveles de atención².

² Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. (2017). Capacitación para equipos de salud sobre Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. Módulo 1. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.ms.sal.gov.ar/>

Un sistema de salud basado en la APS promueve determinados valores y principios, y contiene elementos esenciales que se visualizan en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS



Fuente: OPS, 2007

En el gráfico se puede observar el círculo interior conformado por los valores -derecho a la salud, equidad, solidaridad-, el círculo intermedio conformado por los siete principios -dar respuesta a las necesidades de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad- y el círculo exterior conformado por trece elementos esenciales tanto estructurales como funcionales -prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción- (OPS, 2007).

Para lograr un movimiento en el abordaje de la salud, es necesario reevaluar el modelo hegemónico caracterizado por la verticalidad, la ponderación del componente biológico en la salud y la subestimación de los componentes sociales y culturales en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (Michalewicz et. al, 2014). Si se entiende la complejidad del campo de la salud, se parte de la concepción que el abordaje debe ser territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios para resolver de manera profunda y sostenida los problemas de salud de la comunidad. En este marco, se “co-construye” un espacio de encuentro que apuesta a la responsabilidad compartida, el compromiso y la promoción de la participación activa de los usuarios, de la comunidad y de los propios trabajadores de la salud (Rubinstein, 2006; Spinelli, 2010).

En Argentina, la política pública nacional, hoy centrada en la APS, conceptualiza a la salud como un derecho humano fundamental. Una salud universal y de calidad, que horizontaliza las prácticas y que reubica a la salud en el campo social, indisoluble de los determinantes sociales y culturales, y considera a los conjuntos sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. De esta manera, pretende disminuir brechas de inequidades y desigualdades para el beneficio, principalmente de la población más vulnerable³.

| 1.1 Atención Primaria de la Salud y Salud Mental

Tanto los procesos de transformación centrados en la política pública de APS como los que implican la atención de la salud mental basados en la comunidad, tienen como objetivo central garantizar accesibilidad, integralidad y resolutivez en la atención. En general, se condujeron por caminos paralelos aunque tuvieron puntos de encuentro y se pueden pensar como un “movimiento de raíces comunes” (Onocko, 2006). Existe una ligazón entre los principios de la APS, desarrollados en el apartado anterior, y los postulados de las reformas en salud mental que, en términos generales se refieren a:

-Centrar la atención en el concepto de padecimiento mental, complejizando la categoría de enfermedad mental y cuestionando los supuestos de peligrosidad asociado al encierro en instituciones con internación monovalente.

- Concebir la integralidad, que incorpora el componente psíquico o subjetivo en todos los momentos relevantes del curso de vida y en todas las problemáticas de salud.

³ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento Técnico de la Cobertura Universal en Salud N° 1. Avanzando en la implementación de la CUS. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001381cnt-Serie%20CUS.%20DT1%20Avanzando%20en%20la%20implementacin%20de%20la%20CUS.pdf>

- Adoptar una perspectiva de la complejidad y de la determinación social de la salud⁴ con sus componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, lo cual implica un abordaje intersectorial e interdisciplinario.
- Promover una red de servicios con base en la comunidad para la atención de las problemáticas de salud mental que permitan la continuidad de cuidados y la coordinación de acciones entre los distintos actores.
- Dar cuenta de la producción social del padecimiento mental, entre otros componentes que hacen a la producción, apuntando al trabajo en la promoción de la salud, el fortalecimiento y la restitución de lazos sociales.
- Promover la participación activa del usuario y el trabajo en conjunto con referentes afectivos de la vida de esa persona.
- Incorporar la conceptualización de ciudadanía, de participación y de acceso a derechos como componente de la práctica clínica, preventiva y en promoción de la salud.

Tanto la APS como el campo de la Salud Mental implican la concurrencia de actores, documentos rectores y un cuerpo legislativo que convergen generando conocimientos, técnicas y dispositivos. Existen ligazones entre ambos, compartiendo saberes y prácticas. Una atención de la salud mental con base en la comunidad supone como desafío la integración total de la salud mental en la política pública de APS incorporándose en prácticas sociales de salud – enfermedad – atención - cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida (Stolkiner y Solitario, 2007).

En este marco, se destaca la Declaración de Caracas (1990) como primer punto de confluencia. Esta Declaración, resultado de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina de la OPS/OMS, plantea que la atención en salud mental debe realizarse en el marco de la APS con un modelo basado en la comunidad, y que toda acción debe ser realizada dentro del marco de los Derechos Humanos. La Declaración de Caracas ha sido fundamento para la promoción y desarrollo de legislación de salud mental en América Latina. En nuestro país, la LNSM explicita que el proceso de atención debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS (Art. 9º).

Según Stolkiner y Solitario (2007), la relación entre APS y Salud Mental reconoce dos enfoques posibles:

- Incorporación de acciones de salud mental en las prácticas del primer nivel de atención: la promoción de la salud mental y la integración de la misma en acciones generales de salud.

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. (2017). Capacitación para equipos de salud sobre Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. Módulo 1. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

- Aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica: implica la atención comunitaria de los padecimientos mentales y la generación de estrategias de descentralización de los hospitales con internación monovalente como así también la adecuación de los hospitales generales para la atención de la salud mental.

Ambos enfoques no son excluyentes sino complementarios. La promoción de la salud mental puede tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de padecimientos mentales y, por lo tanto, ser un componente del abordaje comunitario de la salud mental en pos de un proceso de desinstitucionalización (OMS, 2004). Sin embargo, no se puede reducir la función del primer nivel de atención a prácticas promocionales. El segundo enfoque es la respuesta, en el marco de las políticas de salud mental, al núcleo duro de la persistencia de las internaciones prolongadas y cronificantes en las instituciones con internación monovalente. De esta forma, la implementación de un modelo comunitario basado en la política pública de APS implica la transformación de la institución con internación monovalente, hasta su sustitución definitiva hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad⁵.

| 1.2 Abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Los problemas de salud suceden en el contexto familiar y comunitario, y el PNA es donde se debieran resolver en la medida que los equipos de salud tengan capacidad resolutoria y competencias adquiridas para ello. Se postula que más del 80% de los problemas de salud se deben resolver en el PNA (Starfield, 1998; MSAL, 2010; OMS, 2008).

A su vez, la evidencia y el consenso científico internacional demuestran que el abordaje de la salud mental en el PNA y en el ámbito comunitario - en el que se aprehende la complejidad social - resulta más efectivo e incrementa la capacidad resolutoria de los sistemas y servicios de salud (OPS/OMS, 2014). El PNA integra el ámbito social donde las personas habitan constituyéndose de esta manera en la base de la red de cuidados en salud. Esto permite que las intervenciones se implementen en la complejidad de la vida de las comunidades, con abordajes integrales, ampliando el horizonte de posibilidades y en el marco de la garantía de derechos.

La modalidad de abordaje de la salud mental en el PNA debe estar centrada en las necesidades de la población, con una mirada epidemiológica que permita tomar decisiones y planificar las líneas prioritarias. Tiene características que hacen a la especificidad como PNA orientado hacia los principales problemas de salud de la comunidad y a la realización de acciones de protección y promoción de la salud, prevención y asistencia.

⁵ Para ampliar se recomienda la lectura de: Ley Nacional de Salud Mental N°26.657; Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental (ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS)

En cuanto a la promoción de la salud, es importante pensar en las estrategias que los equipos de salud implementan activamente para promover los factores protectores, pero también en el reconocimiento de los recursos comunitarios existentes que fortalecen los vínculos saludables, fomentan las redes de apoyo y promueven la participación social.

En relación a la prevención, existen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de una persona o población a tener algún padecimiento mental o subjetivo, principalmente asociado a los determinantes sociales de la salud. En este sentido, es necesario prevenir la aparición de padecimientos mentales o detectarlos en forma oportuna para evitar consecuencias que desencadenarían un proceso de mayor gravedad. Para ello, es preciso abordar todas las temáticas y/o problemáticas de salud mental referentes a las distintas etapas vitales de las personas, presentes en cada territorio, y contar con políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos de la población.

Resulta fundamental mencionar la necesidad de abordar algunas problemáticas relacionadas con padecimientos mentales en el PNA o situaciones que, en ocasiones, son rechazadas, por diversos motivos, como la falsa dicotomía salud / salud mental; la estigmatización de las personas con padecimientos mentales; la escasez de recurso humano; la idea de que sólo los especialistas en salud mental en determinada temática pueden abordar ciertos padecimientos, etc.

Algunas de estas problemáticas son: padecimientos mentales severos, consumos problemáticos, situaciones de crisis en salud mental, autolesiones, suicidio, problemáticas de salud en la infancia y problemáticas de violencia. En general y como acciones compartidas entre estas problemáticas, se puede pensar la atención temprana e intervención oportuna en el marco de la salud integral con el acompañamiento de referentes afectivos, como así también la continuidad de cuidados en un abordaje comunitario e intersectorial. Como acciones específicas se consideran singularidades de cada una, como lo es, por ejemplo, el abordaje de los consumos problemáticos en el marco de la reducción de riesgos y daños, o la identificación de señales de alerta, posvección y articulación con los servicios de urgencia en los casos de suicidio.

También deben abordarse los componentes subjetivos vinculados a otras problemáticas del campo de la salud integral -salud sexual y reproductiva, interrupción legal del embarazo, identidad de género y diversidad sexual, infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis) adherencia al tratamiento de tuberculosis y enfermedades crónicas, discapacidad, entre otras-.

Para ello, es necesario operar en la transformación de la oferta existente de atención en salud mental en el PNA de la demanda de las personas e instituciones, y de las necesidades individuales y colectivas, tanto percibidas como no percibidas, deconstruyendo la mirada hospitalocéntrica y las prácticas clínicas tradicionales. Se debe contemplar la asistencia individual terapéutica como una estrategia posible pero no como la única disponible, ampliando el campo de posibilidades con estrategias que impliquen también lo familiar, lo grupal, lo institucional y/o lo comunitario.

El abordaje de la salud mental en el PNA debe llevarse a cabo tanto por especialistas como por no especialistas en salud mental, en el marco de una clínica ampliada, centrada en el sujeto y descentrada de la enfermedad (Campos, 1997). Esto implica un proceso de trabajo interdisciplinario estructurado en tres ejes interrelacionados (MSAL GCABA, 2017):

1. Eje territorial;
2. Eje preventivo-promocional;
3. Eje clínico-asistencial.

El modelo comunitario se basa en el principio de integración de los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud, como el de educación, vivienda, trabajo, justicia, desarrollo social, cultura, en el marco de la red integrada de salud mental con base en la comunidad. Por lo tanto, requiere de la participación activa de los trabajadores de la salud, de los usuarios y otros actores gubernamentales y de la sociedad civil (Funk et. al. 2009).

En el marco del modelo de abordaje comunitario, el enfoque intercultural incorpora el reconocimiento y respeto a las particularidades culturales, como por ejemplo la población indígena, migrantes, refugiados, entre otros. La cultura es un elemento clave a ser considerado a la hora de evaluar las causas de los padecimientos, así como también las prácticas en el cuidado de su salud. Los equipos de salud deben contar con trabajadores con formación en salud intercultural que puedan desarrollar acciones de salud pertinentes para la población de su área a cargo. (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

El trabajo de los equipos debe propender a la integración superadora -transdisciplinaria- de los saberes del campo de la salud, entendiéndola como un proceso más que como un estado. Stolkiner (1999) ubica lo transdisciplinario como un producto de lo interdisciplinario, utilizando la metáfora de la orquesta sinfónica, creando un producto que contiene diversidad de sonidos de cada instrumento. Como indica Elichiry (2009), la transdiscipliniedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común. La transdisciplina situaría estas conexiones entre especializaciones en el interior de un sistema total sin fronteras entre esas disciplinas.

2. TERRITORIOS Y ESCENARIOS

El PNA tiene un anclaje territorial, forma parte del espacio en el que las personas habitan y, por lo tanto, las intervenciones se dan en la complejidad de la vida de las comunidades, que tienen condiciones y problemáticas particulares.

Se entiende al territorio como:

- El escenario donde transcurren los procesos de producción y reproducción social (Chiara, 2016) y, asimismo, el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.
- Un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social y de un proceso de configuración complejo (Vilaça Mendes, 1993).
- Estructurante y estructurado por la acción de los sujetos individuales y/o colectivos (Santos, 1996).

No se concibe al territorio sólo como una superficie física sino como una construcción en un interjuego de relaciones históricas, económicas, culturales, simbólicas, políticas y epidemiológicas.

El territorio es la base de la red de cuidados en salud, donde se ponen en juego los vínculos y las relaciones de proximidad, como ya se refirió, en la complejidad de la vida de las comunidades. Como dice Spinelli (2016), es el espacio de lo singular y el sitio del hacer. Esta dinámica compleja necesita una reconfiguración permanente. Se entiende por complejidad a aquello que está tejido junto, a la unión entre la unidad y la multiplicidad. Hay complejidad cuando los elementos son inseparables y constituyen un todo, un tejido interdependiente e interactivo (Morin, 1990). El desafío es poder pensar y hacer en esa complejidad que el territorio nos devuelve. Para ello, debemos derribar las barreras tradicionales entre las disciplinas e integrar lo que se concebía separado (Morin, 2000).

Si se entiende la complejidad del campo de la salud, se parte de la concepción que el abordaje debe ser territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios para resolver de manera profunda y sostenida los problemas de salud de la comunidad,

donde se “co-construye” un espacio de encuentro que apuesta a la responsabilidad compartida, el compromiso y la promoción de la participación activa de los usuarios, de la comunidad y de los propios trabajadores de la salud.

Algunas dimensiones que hacen a la singularidad y complejidad de un territorio determinado son: historia de la comunidad asentada en el territorio; distribución etaria o poblacional; características culturales y diversidad en la conformación -migrantes, comunidades indígenas y/o campesinas, etc.-; distribución y características geográficas -urbanas, rurales, villas y/o asentamientos-; presencia de espacios públicos, presencia de instituciones u organismos estatales -municipales, provinciales o nacionales-; presencia de organizaciones de la sociedad civil.

No existen modelos universales ni métodos únicos para abordar la complejidad del territorio. Sin embargo, es necesario dar cuenta de un campo de saberes y prácticas construidas que permitan pensar modalidades o lineamientos de trabajo en salud mental en el PNA en el marco de la política pública de APS.

3. RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS EN LA CLÍNICA AMPLIADA

Cada campo de saberes y prácticas implica responsabilidades y núcleos disciplinares. El campo de la salud mental puede considerarse un subcampo dentro del campo de la salud en general. La intersección con la APS se encuentra en proceso de ampliación e, incluso, enfrenta el desafío de una total integración. La integración entre ambos implica un campo de responsabilidades para la clínica entendida en forma amplia, resultado de la interacción entre la persona y su padecimiento (Campos, 1997), la comunidad y sus necesidades.

La clínica ampliada excede las fronteras de lo disciplinario y necesita de una interacción de conocimientos dado por la interdisciplina. Esta es un proceso de construcción relacional entre trabajadores, quienes más allá de su disciplina habitan un espacio común (RISAM, 2015). Implica un proceso de interpelación permanente que problematiza y complejiza su objeto, enriqueciendo la perspectiva de cada especialización profesional y/o técnica. Retomando los desarrollos de Campos, la especialización profesional se concebiría como el núcleo de saberes y competencias de determinada disciplina, llamadas "competencias específicas" por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). Estas deben incluirse dentro de las responsabilidades más amplias que implica el campo donde se insertan, en interjuego con los otros saberes - técnicos y populares-, y con las necesidades del territorio. Es decir que la corresponsabilidad y la interdisciplina deben ser ordenadores del trabajo en equipo.

Las competencias profesionales tienen que ver con una combinación integrada de conocimientos -saber-, habilidades para poner en práctica los conocimientos -saber hacer- y actitudes -querer hacer- conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (OPS, 2008). Es preciso ampliar la idea de competencias -saber, saber hacer y querer hacer- a todo el equipo de salud, incluyendo agentes sanitarios, promotores de la salud, administrativos, que son fundamentales en el proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado. Por ello, a continuación se detallan las competencias que debe tener un equipo de salud para el abordaje de la salud mental en el PNA.

- Realizar análisis de situación de salud y/o diagnóstico comunitario/territorial en salud mental: modalidad interdisciplinaria, intersectorial y participativa; utilización de técnicas de mapeo de recursos y georreferenciamiento de la población a cargo; con perspectiva epidemiológica local y regional.
- Desarrollar intervenciones para la promoción, protección, prevención y asistencia de la salud mental con la comunidad: basado en la legislación vigente, con una planificación a partir de las necesidades y prioridades establecidas que contengan objetivos, metas e indicadores evaluables, utilizando estrategias de intervención comunitarias de las diversas problemáticas de salud mental, con acciones tendientes a la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.
- Realizar evaluación integral del sujeto, su familia y su comunidad: tener en cuenta motivo de consulta, estructura familiar y referentes vinculares, red social, antecedentes relevantes, tratamientos previos, factores desencadenantes y problemáticas subyacentes.
- Elaborar un proyecto terapéutico singular⁶ basado en la evaluación realizada: definir las estrategias terapéuticas acorde a la singularidad de cada situación, teniendo en cuenta la posible inclusión en dispositivos individuales asistenciales o en dispositivos grupales, los abordajes farmacológicos y psicosociales, la orientación y acompañamiento para la inclusión en dispositivos de la comunidad.
- Diseñar el dispositivo de atención individual terapéutico a partir de un tiempo y espacio definido según el proyecto terapéutico singular, con instancias de comunicación y evaluación colectivas sobre las intervenciones llevadas a cabo y la evolución clínica.
- Planificar y llevar a cabo dispositivos grupales según necesidades detectadas de la comunidad y agrupar a las personas según criterios establecidos previamente: edad, género, problemática, nivel de socialización, etc.
- Establecer criterios de comunicación, derivación oportuna e interconsulta con el segundo nivel de atención para favorecer la continuidad de cuidados, y articular con servicios de urgencia en el caso que sea necesario.
- Registrar los procesos de atención vinculados a salud mental en la historia clínica integrada de salud.
- Participar en los procesos de externación asistida, realizar el acompañamiento y/o el seguimiento de personas con padecimientos mentales severos: elaboración de estrategias de inclusión de las personas externadas en dispositivos comunitarios, referenciar a las personas con otros espacios de lazo social e inserción socio-laboral.

⁶ Para profundizar sobre este punto: EAPS - Equipos de Abordaje Psicosocial. Documentos para la Red Integrada con base en la Comunidad. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Año 2018.

Estas competencias deben estar vinculadas con las incumbencias profesionales de cada disciplina o especialidad, establecidas en la legislación del ejercicio profesional correspondiente. Asimismo, se promueve que el abordaje de la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación, sea de grado u otros niveles formales e informales de instrucción.

4. ABORDAJES Y DISPOSITIVOS

Como ya se ha desarrollado, las personas transitan distintas situaciones o presentan determinadas problemáticas que requieren intervenciones en salud mental desde el PNA que pueden ser atendidas a través de diferentes abordajes y dispositivos específicos.

Los abordajes se entienden como modalidades de organización del trabajo que incluye a los procesos de atención y a los equipos.

Los dispositivos se entienden como artificios para intervenir en la realidad y modificarla, instaurando procesos nuevos (Campos, 1998). No deben pensarse como espacios estancos sino como instancias flexibles, dinámicas y articuladas.

Tanto los abordajes como los dispositivos en el PNA deben ser pensados en el interjuego entre los ejes ya planteados: territorial, preventivo-promocional y clínico-asistencial.

4.1 La organización del trabajo en el Primer Nivel de Atención

La organización del trabajo se ancla en procesos singulares de los centros de salud⁷ y los equipos, por lo cual, cada uno tendrá sus particularidades. Sin embargo, se pueden explicitar algunos lineamientos comunes de esta organización:

4.1.1 Cobertura y accesibilidad

Para garantizar la accesibilidad de la población a la atención en salud mental es preciso:

- Realizar abordajes territoriales para búsqueda activa y recaptación de personas, referencia y seguimiento de la población (visitas domiciliarias, postas de salud, entre otras).

⁷ La denominación "Centro de Salud" incluye: Centro de Salud, Centro de Atención Primaria de la Salud, Centro de Salud y Acción Comunitaria, Unidad Primaria de Atención, Centro de Integración Comunitaria, Centro asistencial, Posta sanitarias y otros similares de acuerdo a la jurisdicción.

- Organizar la recepción de las consultas de salud mental en el marco de la consulta integral de salud, a través de una mirada y evaluación interdisciplinaria.
- Crear mecanismos de acogimiento⁸ que visibilicen las problemáticas y demandas para generar estrategias de respuesta. Pueden utilizarse dispositivos de acogimiento con una modalidad individual y/o grupal.
- Garantizar la atención de todos los grupos poblacionales y el abordaje de los problemas prevalentes.

4.1.2 Equipo de salud

Existen algunos parámetros de referencia para los armados de los equipos que deberán ser pensados y adecuados a las características y recursos disponibles en cada lugar. Un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria está conformado por Equipos Nucleares, Equipos Ampliados y Equipos de Abordaje Psicosocial, encargados de matricular a los equipos nucleares y ampliados en el abordaje de las problemáticas de salud mental⁹.

Retomando lo trabajado en el punto 3 (Responsabilidades y Competencias en la Clínica Ampliada), donde se establece la interdisciplina y la corresponsabilidad como ejes ordenadores del trabajo, se agrega la reorganización de los equipos de salud:

- Los trabajadores especializados en salud mental son incorporados de acuerdo a la disponibilidad y necesidad de recursos humanos, con la presencia de distintos trabajadores de la salud mental: psicología, psiquiatría, psicopedagogía, trabajo social, terapia ocupacional, entre otros.
- Generar vías de comunicación y espacios de encuentro entre los distintos trabajadores, bajo la forma de reunión de equipo, para armado de estrategias, planificación y evaluación de actividades.
- Articular las acciones y la elaboración de los proyectos terapéuticos entre todo el equipo de salud, tendiendo a la referenciación y nominalización de la población¹⁰.
- Promover una mirada y abordaje psicosocial de todo el equipo de salud, trabajando tanto sobre la demanda tradicional de tratamiento individual terapéutico como sobre la diversificación de estrategias de respuesta.

⁸ Se desarrolla este concepto en el apartado 4.2.1.

⁹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 10 Conformación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. . [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001513cnt-Serie_CUS_DT%2010%20Conformacin%20de%20Equipos%20de%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria.pdf

¹⁰ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 9 Hoja de Ruta para la Adscripción de Población a Equipos de salud Familiar y Comunitaria. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001498cnt-Serie_CUS_DT9-Hoja-de-ruta.pdf

- Fomentar y fortalecer la integración de los equipos de salud con las asociaciones de usuarios, familiares, voluntarios, cuidadores, asociaciones civiles, comunitarias y otras para la conformación de una red que garantice el pleno goce de los derechos humanos.
- Registrar los procesos de atención en la historia clínica integrada de salud, promoviendo la vinculación por grupos familiares y el acceso de los titulares a las mismas¹¹.
- Promover la participación activa de las personas y sus referentes vinculares en el proceso de atención.
- Informar de manera adecuada y comprensible a las personas usuarias – y/o en el caso de ser necesario, a familiares o representantes - sus derechos, su situación de salud, las alternativas de atención y los efectos de los tratamientos, y solicitar el consentimiento informado.
- Generar mecanismos de matriciamiento (Campos, 1998) en salud mental, combinando el apoyo de profesionales especializados en el campo o equipos de abordaje psicosocial¹² con el trabajo de los equipos de referencia conforme al proyecto terapéutico.

4.1.3 Disponibilidad de psicofármacos

Para mayor accesibilidad a la atención en salud mental es necesario que los psicofármacos se encuentren disponibles en el PNA. De este modo, se favorece que el abordaje farmacológico de los padecimientos mentales forme parte de una estrategia psicosocial que incluya intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas y/o psicosociales (Saldivia, Torres-González, 2009).

4.1.4 Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad

La red integrada de salud mental con base en la comunidad incluye a los servicios y efectores del sistema sanitario como así también a otros actores y sectores como justicia, deporte, cultura, desarrollo social, etc. En este sentido, el trabajo en el PNA implica siempre un trabajo con otros: con las personas en sus comunidades participando activamente; con otros trabajadores en la construcción de la interdisciplina; con otros niveles de atención para la continuidad de cuidados; con otras instituciones, sectores

¹¹ República Argentina. (2009). Ley N° 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

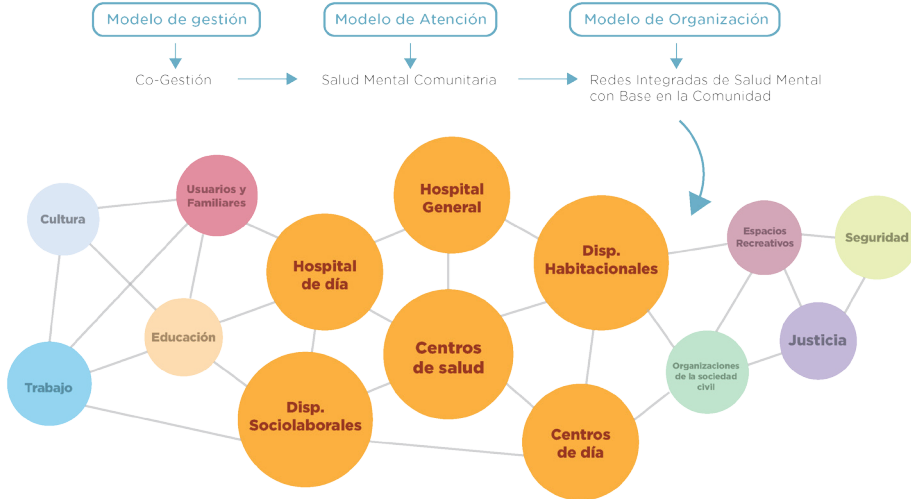
¹² Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Documentos para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. EAPS - Equipos de Abordaje Psico-social. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001375cnt-2018-11_EAPS-equipos-de-abordaje-psicosocial.pdf

u organizaciones sociales en la articulación intersectorial - interinstitucional. Esto implica una disposición para construir procesos colectivos que mejoren la salud de la población y garanticen el acceso al derecho. La construcción de redes es una estrategia fundamental para el abordaje comunitario de problemáticas complejas que implica:

- Generar espacios de encuentro para la construcción conjunta del diagnóstico de situación, priorización de problemas, comunicación, modalidad de intervención y planificación de acciones.
- Centrar la atención en las necesidades detectadas, con una priorización según criterios epidemiológicos.
- Llevar a cabo abordajes multi-actorales de problemáticas para lograr eficacia en su resolución.
- Promover la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.
- Promover la perspectiva de corresponsabilidad con los distintos sectores gubernamentales -educación, desarrollo social, justicia, entre otros- con el fin de trabajar en conjunto las demandas y necesidades.
- Generar vías formales de articulación con los distintos dispositivos de la red de salud¹³, especialmente con el hospital general, evitando la duplicación de intervenciones y la falta de acogimiento de los usuarios por parte del sistema.
- Sistematizar guías de recursos en salud mental con perspectiva territorial.

¹³ República Argentina. (2019). Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental. ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

Gráfico N°2: Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad



Fuente: Elaboración propia

4.1.5 Participación comunitaria

La participación comunitaria puede definirse, de acuerdo a Maritza Montero (2004), como un proceso colectivo en el que se incorpora una multiplicidad de actores, actividades y diferentes grados de compromiso, orientado por valores y objetivos comunes, cuyo desarrollo promueve la transformación tanto de los sujetos como de las comunidades. En este sentido, los procesos de participación comunitaria deben promover la inclusión real de los colectivos de usuarios y familiares, en articulación con el resto de actores presentes en la comunidad, promoviendo la generación de autonomía y emancipación, permitiendo su desarrollo como agentes activos del cambio de su situación de vida, de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones (Montero, 2003). Su desarrollo implica un proceso activo de colaboración entre los efectores de salud y la población. No puede ser considerada como un concepto totalizante (Cejas, 2007) sino que implica una construcción particular en cada espacio. Para ello, es necesario un modelo de comunicación horizontal e igualitaria, basado en el diálogo entre el equipo de salud y la población (García González, et al., en Andía y Lignelli, 2007) con el objetivo de:

- Promover la participación de la comunidad en el diagnóstico de situación de salud territorial y en la priorización de problemas.

- Realizar una construcción y gestión colectiva de los proyectos territoriales de salud.
- Promover la participación de las personas en todo el proceso de atención de su salud.
- Generar estrategias de comunicación que tengan en cuenta las particularidades culturales y educativas de la población.

| 4.2 Dispositivos de Intervención en el Primer Nivel de Atención

Los dispositivos deben ser planificados y desarrollados a partir de situaciones problema visualizadas como prioridad por el equipo, el centro de salud, otros sectores y la comunidad. El objetivo de los dispositivos es promover espacios de encuentro para operar en la transformación de las situaciones generadoras de malestar, fomentando y fortaleciendo vínculos y hábitos saludables. La creatividad, la escucha, la disponibilidad y la reflexión sobre el hacer son herramientas fundamentales en el armado y desarrollo de dispositivos de intervención (Rodríguez, et. al, 2015).

Se mencionan a continuación algunos dispositivos posibles a implementar en el PNA, teniendo en cuenta el para qué (objetivo) y cómo (metodología):

4.2.1 Acogimiento de la demanda

En el marco de la implementación de la ESFYC, se propone trabajar desde el acogimiento en sus dos dimensiones: aquella que considera al acogimiento como política e implica la humanización de la totalidad del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado; y el acogimiento en la puerta de entrada como propuesta de organización para dar respuesta a la demanda en los efectores de salud, desde el primer contacto hasta la resolución del problema¹⁴.

El acogimiento es una práctica presente en todas las relaciones que se establecen en el marco del proceso salud - enfermedad - atención - cuidado, constitutivo de las relaciones de cuidado¹⁵. Precisa de la responsabilización de los trabajadores y equipos en relación con los usuarios, desde su primer contacto hasta la resolución del problema. Implica poner en práctica una escucha amplia para comprender la demanda, el padecimiento de los sujetos y generar estrategias de intervención. El acogimiento de la demanda implica generar dispositivos de acceso con distintas modalidades que alojen a las personas y lo que les pasa en una determinada situación. Estos dispositivos deben ser diseñados según las particularidades del lugar y pueden ser tanto grupales como individuales.

¹⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación sobre Acogimiento: Curso de Formación Interdisciplinaria: Capacitación en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

¹⁵ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 12: El acogimiento en las Prácticas en Salud. Pre impresión.

4.2.2 Taller

Es un espacio de encuentro planificado por el equipo de salud que tiene como objetivo abordar distintas temáticas de forma grupal y participativa, llevando a cabo una construcción colectiva de conocimiento que ponga en juego dimensiones teórico-prácticas, teniendo en cuenta las experiencias de los distintos participantes. En relación al cómo, hay múltiples formas y dinámicas para llevar a cabo un taller pero se recomienda que esté estructurado en tres partes (RIEpS, 2013): momento de inicio o apertura para plantear el encuadre y abrir el tema; momento de desarrollo donde se utilizan dinámicas para el intercambio de conocimientos, experiencias y vivencias, generando una reflexión y conceptualización conjunta; momento de cierre para una síntesis de lo aprendido y una evaluación del espacio.

4.2.3 Charla informativa

Es una actividad que tiene el objetivo de socializar información sobre distintas temáticas a un conjunto de personas que comparten un espacio común en un momento determinado (por ejemplo, sala de espera). En cuanto a la metodología, necesita de una planificación previa y organización de contenidos a trabajar (RIEpS, 2013). Tiene un fuerte componente expositivo pero debe darse lugar a la participación de las personas para problematizar las temáticas, intercambiar sobre dudas y comentarios, y socializar experiencias. También debe realizarse al final una síntesis de las ideas principales trabajadas y brindar información sobre recursos disponibles.

4.2.4 Campañas de sensibilización

Se trata de actividades comunitarias que tienen como objetivo informar y sensibilizar sobre salud mental en general o alguna temática en particular, trabajando el estigma que recae sobre las personas con padecimientos mentales. Suponen la difusión de mensajes sobre cómo prevenir padecimientos mentales, conductas de riesgo, señales de alerta así como de promoción de hábitos saludables. Pueden realizarse en el marco de otras actividades comunitarias como por ejemplo ferias, jornadas deportivas, encuentros de salud integral, etc., para llegar a la comunidad en general, o en instituciones particulares, por ejemplo escuelas, para llegar a grupos poblacionales determinados. Se debe incluir también la difusión de contactos de interés o instituciones donde las personas pueden recurrir en caso de necesitar ayuda, o de querer abordar el cuidado de su salud mental.

4.2.5 Juegoteca y rincón de lectura

Son espacios promotores de salud y de derechos dirigidos a niños que tienen el objetivo de generar socialización e interacción mediante el juego y la lectura como actividad central y convocante. Permite estimular la capacidad de expresión y el desarrollo de habilidades de los niños (RIEpS, 2013). También facilita la detección de situaciones problemáticas que necesiten intervención. En cuanto a la metodología debe tener una frecuencia y espacio establecido, con roles de coordinación pautados y población específica destinataria (bebés y referentes afectivos, niños de determinado rango etario, etc.), y deben proponerse distintos tipos de actividades y juegos con una dinámica previamente planificada.

4.2.6 Posta de salud

Es un espacio delimitado y visible (RIEpS, 2013) por fuera del centro de salud, no necesariamente fijo, en el que se llevan a cabo distintas actividades - asistenciales, de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud -. Puede realizarse con materiales trasladables como gazebos o en alguna institución de la comunidad. Los objetivos son facilitar la accesibilidad y favorecer el vínculo con la comunidad abordando los problemas prioritarios y/o prevalentes y/o estacionales según necesidad. Para llevarlo a cabo, es necesario que sea planificado a partir de una necesidad o demanda de la comunidad y se trabaje con referentes de la misma; y que se haga una difusión donde figure el lugar, horario y actividades. Este tipo de dispositivo puede servir para visualizar las problemáticas de una determinada población o comunidad y ajustar las intervenciones a la realidad local.

4.2.7 Visita domiciliaria

Como el nombre lo indica, implica un dispositivo de intervención en el domicilio de las personas, lo cual permite generar mayor vínculo con ellas y sus familias, y tener conocimiento sobre su realidad cotidiana y diferentes aspectos socio-económicos y culturales. Puede tener distintos objetivos tanto preventivo-promocionales como asistenciales. Cuando se decide realizar una visita es necesario que se haga una planificación para definir el para qué, quiénes la llevarán a cabo y cuándo. Luego se lleva a cabo la ejecución, desarrollo en sí mismo de la visita en la cual se combinan diferentes formas de intervención -observación, entrevistas y prácticas asistenciales-. Por último, es importante una instancia de evaluación para sistematizar la información, intercambiar con el equipo y definir plan de acción (RIEpS, 2013).

4.2.8 Consultoría / Consejería

Es un espacio de diálogo que tiene por objetivo promover procesos de autonomía respecto al cuidado en salud, en un ambiente de confidencialidad e intimidad (RIEpS, 2013). En la práctica cotidiana se usan estos u otros nombres para nominar a este espacio. Es preciso aclarar que no es un espacio para “dar consejos” sino que lo que busca es generar una comunicación horizontal que recupere los saberes previos de los participantes y a partir de ello se promueva la reflexión respecto de su salud, brindando información clara y oportuna según necesidades para que puedan tomar decisiones libres e informadas. Puede realizarse en el centro de salud o en otras instituciones de la comunidad, por ejemplo en la escuela. Es necesario que tenga una frecuencia y horario sostenido en el tiempo. Puede basarse en una intervención integral de salud o en alguna temática específica.

4.2.9 Entrevista

La entrevista se define como “una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico [...] que debe actuar en ese rol, y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica” (RIEpS, 2013). Ante la complejidad de algunas situaciones, es necesario mantener entrevistas interdisciplinarias que permitan a los trabajadores complementar sus miradas y realizar un abordaje integral. Puede ser incluida dentro de otras intervenciones, en situaciones muy variadas, y con distintos objetivos. Entre estos, pueden mencionarse: construir un espacio de escucha atenta, intercambiar información y construir un diagnóstico conjunto de situación. Resulta fundamental para su desarrollo, generar, dentro de las posibilidades, un ambiente de privacidad, confiabilidad y comodidad, tanto para la o las personas entrevistadas como para los trabajadores de la salud.

4.2.10 Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia es un tratamiento colaborativo basado en la relación entre el consultante y el profesional. El objetivo es abordar las situaciones conflictivas o problemáticas que generan sufrimiento o padecimiento en la persona. Los profesionales a cargo de la misma pueden trabajar desde diversos marcos teóricos (cognitivo-conductual, psicoanalítico, gestáltico, etc.). Sin embargo, se sugiere que, en el PNA, esta modalidad de abordaje tenga una dinámica acorde a la realidad y necesidades sociosanitarias locales, en el marco de un proyecto terapéutico singular, construido con el resto del equipo de salud y con instancias de seguimiento periódicas. Los profesionales a cargo pueden realizar interconsultas y/o derivaciones a otros trabajadores de la salud cuando lo consideren. Las intervenciones psicoterapéuticas deben basarse en el respeto hacia las personas, su cultura y visión del mundo. A su vez, deben construirse como estrategia teniendo en cuenta las posibilidades de sostenimiento de los usuarios, como así también debe

informarse al inicio de los objetivos que se acuerdan en el espacio de tratamiento junto con el plan de trabajo y las posibles intervenciones que se evalúen como necesarias, todo esto enmarcado en el contexto del consentimiento informado.

4.2.11 Tratamiento psicofarmacológico

Son espacios en los que se trabaja la inclusión de psicofármacos en el marco del proyecto terapéutico singular. Para el uso racional de los mismos,¹⁶ existen algunas consideraciones básicas (MSAL, 2015; OMS 2010):

- El médico capacitado debe indicar la propuesta de tratamiento psicofarmacológico más adecuada¹⁷, realizando una evaluación clínica, teniendo en cuenta los tratamientos previos, estableciendo objetivos y plan de tratamiento, teniendo en cuenta los beneficios/riesgos de la terapéutica.
- Los proyectos terapéuticos y planes de tratamiento deben estar elaborados en forma articulada teniendo en cuenta las dimensiones psicosociales y psicofarmacológicas.
- La prescripción psicofarmacológica debe involucrar la perspectiva de los individuos y referentes afectivos, y las particularidades individuales y culturales.
- Se debe informar en forma comprensible a la persona y a sus referentes acerca de posibles efectos no deseados así como también de las medidas que deben tomarse para su manejo.
- El equipo de salud debe estar informado respecto a las sustancias que la persona esté utilizando y las interacciones posibles con las medicaciones prescritas.
- Se debe realizar un seguimiento y una continuidad de los planes psicofarmacológicos y de la forma en que las personas llevan a cabo las indicaciones terapéuticas.
- El ajuste de las dosis debe ser gradual, recetándose inicialmente la dosis eficaz mínima, basándose en la evaluación de las dosis requeridas para tratar los síntomas presentes, así como en la situación social, psicológica y geográfica de las personas.
- En la elección de un psicofármaco se debe considerar las características individuales de cada persona, como así también su entorno. Se deberá tener en cuenta también la disponibilidad y continuidad del suministro. La suspensión de un psicofármaco debe hacerse gradualmente (en promedio 25% de la dosis por semana).

¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Programa Remediar. Terapéutica racional en atención primaria de la salud: salud mental en el primer nivel de atención. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁷ República Argentina. (1967). Ley N°17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=19429>

- En caso de ser posible debe evitarse la politerapia psicofarmacológica.

4.2.12 Grupo de pares / Grupos de ayuda mutua / Grupos de reflexión

Estos espacios de encuentro pueden tener diferentes nombres y modalidades pero se destacan algunas características comunes: están compuestos por un grupo de personas que viven una situación común o comparten un mismo problema; se reúnen periódicamente y la participación es voluntaria; pueden tener una coordinación profesional o técnica; y son grupos formados -no naturalmente- con un objetivo, proyecto o tarea específica. Permite estructurar una red de apoyo y participación comunitaria donde las personas comparten sus sentimientos, problemas, ideas e información con otras personas que están pasando por la misma experiencia. El saber circula entre los participantes, centrado en la experiencia, y se contemplan distintos momentos de trabajo - apertura, desarrollo y cierre- y diferentes dinámicas propuestas.

La modalidad grupal también puede utilizarse como dispositivo de acogimiento o primera escucha en salud mental, como espacio abierto y puerta de entrada de las demandas en salud mental.

4.2.13 Tratamiento terapéutico grupal

Es un espacio de trabajo que, a diferencia del grupo de pares o de reflexión, tiene una finalidad explícitamente psicoterapéutica. Es coordinada por profesionales de psicología, psiquiatría u otros profesionales de la salud acreditados. Están integrados por personas que transitaron por un proceso de evaluación y se ha considerado que la inclusión en este dispositivo era una estrategia adecuada dentro del proyecto terapéutico. Este dispositivo permite que las personas puedan trabajar sus conflictos y compartir sus experiencias en el intercambio grupal. Requiere de un encuadre de trabajo conocido por todos los participantes. Los grupos terapéuticos tienen un sentido en sí mismo como instancias terapéuticas y no deben implementarse como espacios para responder rápidamente a la demanda. Son espacios donde se da la producción de efectos singulares e inéditos, que incluyen procesos e intercambios grupales que potencian los procesos de salud.

5. HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO

Se entiende a las herramientas como elementos elaborados a fin de facilitar la realización de actividades, acciones, procedimientos o intervenciones. Podemos pensar en la noción de “caja de herramientas” (Fernández, 2010) como componentes que conforman una lógica a partir de la cual analizar críticamente la realidad y las situaciones particulares que se presentan.

De esta manera, cada encuentro entre un trabajador y un usuario tiene como consecuencia la producción de subjetividad. El trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas, es por eso que se produce “en acto” (Merhy, 2011). En este sentido, cada práctica es una oportunidad para ampliar el acceso, generar transformaciones y producir salud en la vida de quien acude a la consulta.

Para poder concretar estos actos en salud, los trabajadores utilizan “cajas de herramientas” o “maletines tecnológicos”, compuestos por tres modalidades de tecnologías:

1. Las tecnologías duras, que corresponden al equipamiento, los medicamentos, entre otras tecnologías tangibles y concretas.
2. Las tecnologías blanda-duras, que incluyen los conocimientos estructurados, tales como la clínica y la epidemiología;
3. Las tecnologías blandas, que involucran la dimensión relacional, y permiten a los trabajadores escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar de los usuarios.

Son éstas últimas, las tecnologías blandas, las que “dan vida” al trabajo en salud, ya que permiten a los trabajadores actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto particular, contando siempre con las tecnologías duras y blanda-duras como soporte.

Las tecnologías blandas, implicadas en las relaciones entre dos sujetos, sólo se materializan “en acto”. En este trabajo vivo se requiere flexibilidad para enfrentar contingencias. Los trabajadores de salud crean y re-crean, con un gran margen de autonomía, la producción de actos de salud. Es en ese espacio en el que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, y donde se construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido para ambos (Merhy, 2006).

Se enuncian a modo de ejemplo algunas herramientas que, lejos de la pretensión de agotar las posibilidades de los equipos, buscan más bien motivar a la creación e implementación de otras:

| 5.1 Reunión de equipo

Como ya se ha mencionado, para un abordaje integral de los problemas de salud de las personas es necesario el trabajo en equipo. Para ello, es necesario tener espacios pautados de planificación del trabajo, distribución de tareas y responsabilidades, de establecimiento de objetivos comunes, seguimiento y evaluación, y de reflexión sobre la práctica. Es importante que el armado de la agenda para las reuniones sea una construcción colectiva y horizontal surgida a partir del consenso de los integrantes del equipo.

| 5.2. Ateneos, supervisión de casos y seguimiento de proyectos terapéuticos singulares

El objetivo en este espacio es crear un contexto que permita a los equipos de salud poder presentar los casos o planes terapéuticos singulares a fin de pensar estrategias e inclusión de otras ideas, logrando un proceso colaborativo con multiplicidad de voces y perspectivas. De esta manera, se entiende a la supervisión como un momento en el que se desarrollan nuevos significados, en un proceso colaborativo y en un diálogo que permite el aprendizaje.

| 5.3 Relevamiento comunitario

El relevamiento comunitario supone recorrer el territorio con ciertos objetivos específicos. Entre ellos se puede encontrar: tomar contacto y registrar información sobre los recursos institucionales y comunitarios locales, sus actividades y horarios de funcionamiento; conocer y generar lazos con los actores locales; y realizar un relevamiento de necesidades y problemas de la comunidad.

Se lo define como un proceso que los equipos de salud pueden realizar al inicio de su inserción territorial, pero que debe realizarse de manera continua. La información recabada es un insumo de gran valor para confeccionar una Guía de Recursos Locales

("recursero"), herramienta de consulta permanente del equipo, o para realizar un Análisis de Situación de Salud (ASIS). Los métodos para llevarlo a cabo son variados, por ejemplo, cuestionarios, entrevistas, reuniones interinstitucionales, observaciones, muestreos, etc. (MSAL, 2015).

I 5.4 Análisis de situación de salud – ASIS

Los análisis de situación de salud son investigaciones epidemiológicas que son parte del proceso de planificación y gestión (Silva Paim, 2011). Además, son una metodología efectiva para describir la situación de salud de las poblaciones (Almeida Filho, 2008). Estas investigaciones permiten identificar problemas de salud (riesgos y daños); analizar el perfil epidemiológico y demográfico, y sus tendencias; y analizar los servicios de salud y su cobertura. Además, se analizan "los determinantes de las necesidades de salud y confieren mayor racionalidad al análisis de la situación" (Silva Paim, 2011).

Se destaca que los ASIS son herramienta de gestión, que "apoyan a la planificación y organización de las acciones en salud" (Almeida Filho, 2008). Por lo tanto, su desarrollo en el marco de la estrategia de APS resulta fundamental tanto para la identificación de problemas sanitarios y sus determinantes, como para la planificación y jerarquización de prioridades de intervención.

I 5.5 Participación en espacios de concertación

Los espacios de concertación que funcionan a nivel territorial pueden ser diversos: mesas de gestión intersectorial e interinstitucionales, mesas interinstitucionales para el abordaje de temáticas específicas, asambleas barriales o de organizaciones sociales, etc. Tienen como característica común que son espacios donde se encuentran actores locales representativos de la comunidad, con objetivos comunes: promover la participación comunitaria, reflexionar en conjunto sobre los problemas, preocupaciones e intereses de la comunidad, consensuar soluciones, proyectos y asignación de recursos, entre otros. La incorporación del equipo de salud en estos espacios permite que se genere un efecto multiplicador de las intervenciones realizadas, potenciando su alcance e incidencia.

I 5.6 Registros clínicos y comunitarios

Los registros de los procesos de atención son fundamentales como fuente de datos para construir información de calidad que sirva a la gestión y toma de decisión de los equipos de salud. Estos registros deben dar cuenta del proceso de atención individual y/o familiar - en la historia clínica integral- y de los procesos de atención comunitarios - talleres, charlas, grupos de pares-. Son la memoria escrita de nuestras acciones y de las

necesidades de la comunidad con la que trabajamos, reflejan nuestro trabajo con y para la comunidad¹⁸.

Para dar cuenta de la continuidad de cuidados y facilitar el acceso a la salud resulta fundamental que la historia clínica integral se encuentre dentro de la Red Nacional de Salud Digital. Esta red se enmarca como una de las estrategias de la CUS y tiene el objetivo de integrar los sistemas de información de todas las jurisdicciones y sectores del sistema de salud, tanto público como privado. Esto significa que las prestaciones clínicas que se realicen en el PNA se registren en la historia clínica electrónica interoperable. Esta historia clínica permite, además de registrar toda la información del acto médico, acceder a la Red Nacional de Salud Digital para consultar el historial clínico que la persona usuaria tenga en otras instituciones. En síntesis, esta red permitirá fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas, permitiendo el acceso de los ciudadanos a su historial clínico y asegurando la continuidad de cuidados¹⁹.

El equipo de salud tiene un rol protagónico en la construcción de estos registros. En cuanto a la recolección o registro de datos de una persona o familia la historia clínica integral de salud es la fuente fundamental. Allí se consigna los datos vinculados al motivo de consulta, proceso de salud-enfermedad, historia social y familiar de las personas, recabados tanto en el ámbito de la consulta clínica en el centro de salud como en las visitas domiciliarias, en el acompañamiento en territorio, en las rondas sanitarias y en otras actividades comunitarias en las que participen las personas.

También es importante el registro de las actividades comunitarias en sí mismas para poder dar cuenta de las necesidades, para evaluar las acciones llevadas a cabo y visualizar la importancia de estas actividades y sus efectos en los procesos de atención de las personas.

El registro de datos sostenido en el tiempo dentro de un territorio es valioso porque permite conocer la situación de salud de una población y su evolución, revisar las acciones realizadas y sus resultados, y actualizar la planificación de actividades.

I 5.7 Sistematización de la experiencia

La sistematización de experiencias es una técnica que permite producir conocimientos, analizar y reflexionar sobre las particularidades de una práctica (Jara, 1994). Esta técnica recupera los saberes de la práctica, suponiendo una unidad entre la acción y el

¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación. (2017). Capacitación en Servicio para trabajadores de la salud en el Primer Nivel de Atención. Curso en Salud Social y Comunitaria. Herramientas de Epidemiología. Unidad N°2. La epidemiología y el registro de información. Año 2017. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001072cnt-modulo-2-curso-herramientas-epidemiologia-2017.pdf>

¹⁹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 6 Desarrollando Sistemas de Información en Salud Integrados. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001442cnt-Serie%20CUS.%20DT%206%20-%20Desarrollando%20sistemas%20de%20informacin%20en%20salud%20integrados.pdf>

conocimiento (Speranza, 2016). En tal sentido, uno de los factores de relevancia de la sistematización es que permite mejorar la práctica, a partir de su reflexión y análisis. En este sentido, Gagneten (1987) sostiene que sistematizar es reproducir conceptualmente la práctica. Esto supone aprender a pensar desde el hacer, valorando lo que el equipo hace, pero también cuestionándolo y aprendiendo del modo en que otros realizan las cosas / resuelven problemas.

El método de sistematización de la práctica puede ser pensado entonces como un contenedor sistemático del movimiento constante de los procesos sociales que tienen lugar en un territorio determinado, pero es, sobre todo, un disparador de nuevos emergentes para intervenir sobre la realidad y gestionar. La sistematización de experiencias es una técnica participativa, un método que implica la reconstrucción, análisis, interpretación y conceptualización de lo realizado, la evaluación y propuestas de mejora. El ordenamiento y reconstrucción que se emplea en la sistematización permite descubrir o explicitar el proceso de trabajo, los factores que intervinieron y sus relaciones.

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

La capacitación es una estrategia central para la transformación y calificación de los servicios y las prácticas; y se considera una estrategia de intervención para disminuir el estigma, la discriminación y favorecer la inclusión y el cuidado de sí y entre sí en la población.

“Se espera que tanto los profesionales de la salud mental comunitaria como los miembros de los servicios comunitarios informales de salud se incorporen a los necesarios procesos de transformación” (OMS, 2009). En las estrategias de capacitación se deben considerar a los técnicos y profesionales; a los recursos humanos de los servicios formales e informales, como así también se considera a los profesionales de los medios de comunicación.

Los trabajadores de la salud que actúan en la comunidad se encuentran con tres desafíos reiterados (Ferro, R. O.; 2009):

- Dar respuestas a las demandas “clínicas” y a su vez encontrar soluciones a los problemas “comunitarios”;
- Comprometer no sólo a los recursos humanos formales de otros sectores y jurisdicciones, sino también a los “no formales” de la propia comunidad;
- Considerar al autocuidado en salud mental como una estrategia válida.

Para responder a estos desafíos, resulta fundamental una formación del recurso humano que posea las siguientes características (Ferro, R. O.; 2009):

1. Formación y evaluación continuas: para disminuir la brecha entre la formación inicial y el trabajo cotidiano, coherente con las funciones del equipo y las necesidades de la comunidad.

2. Aprendizaje activo y social: para promover la interacción entre los trabajadores, los diferentes servicios y los usuarios y familiares, de modo que la adquisición del conocimiento constituya un hecho no sólo individual sino también social.

3. Socialización del aprendizaje: para promover las redes y la integración de los diferentes servicios, a la vez que motiva al trabajador de salud para escribir sobre su práctica.

4. Reconstrucción del aprendizaje: para la transformación en los modelos de atención se requiere procesos de ruptura, autocrítica y posterior reconstrucción de las prácticas profesionales.

5. Transferencia del conocimiento: la aplicación de lo aprendido permite la mejor transferencia del conocimiento.

La OMS (2011) establece que existe una difundida, aunque errónea, idea sobre la dependencia de las intervenciones de salud mental a tecnologías onerosas y sofisticadas, a personal altamente especializado, o a un alto número de profesionales. Es posible realizar abordajes de calidad de la salud mental si se aumenta la capacidad resolutive del PNA, mediante capacitación, supervisión y apoyo. Es preciso generar espacios de capacitación dirigidos a todo el equipo de salud, los trabajadores profesionales y no profesionales de otros sectores, los “no formales” o recurso no convencional en salud, incluidos usuarios y familiares, así como a integrantes de la propia comunidad en temáticas específicas, pautas de alarma y detección oportuna, entre otras cuestiones (Ferro, R. O.; 2009).

Para esto, resultan de importancia propuestas formativas como el Programa de Acción Mundial para superar las brechas en Salud Mental – mhGAP (OMS, 2011), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo mejorar la cobertura de salud mental en el primer nivel de atención. Esta Guía proporciona orientación y herramientas basadas en la evidencia para que los trabajadores de salud no especializados en salud mental, puedan evaluar, manejar y realizar seguimiento de los padecimientos mentales prevalentes. Este entrenamiento clínico enfatiza el trabajo sobre la generación de competencias para la comunicación efectiva y el respeto por los derechos y la dignidad de las personas.

Esta propuesta puede ser incorporada como estrategia de capacitación para generar capacidad instalada en el territorio en articulación con una formación en Salud Mental Comunitaria, entendiendo a esta última como marco desde el cual se deben realizar los abordajes en el campo de la salud.

7. REFLEXIONES FINALES

Partiendo de una conceptualización posible sobre la Atención Primaria de la Salud, su historia y relación con las políticas públicas de salud y salud mental en nuestro país, nos adentramos a pensar los escenarios y territorios donde se desarrolla la vida de las personas, teniendo como eje la noción de complejidad en el Primer Nivel de Atención. Para esto resulta ineludible problematizar el modo de intervenir sobre la realidad, a partir de los conceptos de interdisciplina, intersectorialidad y corresponsabilidad, interpelando no solo a los saberes disciplinares tradicionales sino también a los saberes técnicos y populares presentes en la comunidad, desde la mirada de la clínica ampliada.

Finalmente, se describen y analizan abordajes posibles a partir de la diversidad de dispositivos y herramientas que poseen - o pueden poseer - los equipos de salud para trabajar con y en las comunidades, a partir de la lectura crítica de la misma, que redunde en un mejor abordaje de la salud mental en el territorio.

A partir de este recorrido se busca aportar a la reflexión de los equipos de salud insertos en el primer nivel de atención de las distintas jurisdicciones del país, y a la generación de estrategias que contribuyan a avanzar hacia el objetivo de incluir definitivamente al componente de la salud mental en la atención de la salud integral de las personas.

En este sentido, y con diferentes modos y niveles de avance, los sistemas de salud locales aún enfrentan multiplicidad de desafíos. Entre ellos, lograr una verdadera cercanía de la atención de salud al lugar de desarrollo de vida de las personas, garantizar la continuidad de la atención en los servicios adecuados y de preferencia, como así también, articular diversos sectores y niveles del sistema de salud de modo efectivo. Para esto, resulta necesario lograr una verdadera participación de las personas con padecimientos mentales, sus familiares, organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales y la comunidad en general, reconociendo y respetando la diversidad de identidades étnicas, culturales, religiosas, de géneros, sexuales y otras identidades colectivas.

En síntesis, este documento puede significar un aporte para repensar las prácticas en el campo de la salud mental en el PNA como parte esencial de las políticas de salud comunitaria. De esta manera, este documento contribuye al fortalecimiento del modelo de salud mental comunitario y a la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho, N. de, Rouquayrol, M.Z., Martinovich, V., (2008). Introducción a la epidemiología. Lugar, Buenos Aires.

Andía, A. M., Lignelli, B., (2007). Estrategias comunicacionales en Atención primaria de la Salud: el caso del Programa de Salud Reproductiva en Mendoza. En: Maceira, Daniel. Atención primaria de la salud - 1a ed. Buenos Aires: Paidós.

Blanco, A. Valera, S. (2007). Los Fundamentos de la Intervención Psicosocial. En: Blanco, A. Rodríguez, J. Intervención Psicosocial. Madrid. Ed. Pearson

Campos, G.W. de S., (1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. En: 1.2 Abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención (página 11). [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Campos, G.W. de S., (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas .UNICAMP. Barao Geraldo, Campinas, SP.

Cejas, C.A., (2007). Participar en salud: un proceso en permanente construcción. En: Maceira, Daniel. Atención primaria de la salud - 1a ed. Buenos Aires: Paidós.

Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 15, núm. 30, enero-junio, 2016, pp. 10-22 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

Elichiry, N., (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. Publicado en: Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial.

Fajardo Ortiz, G.; Fernández Ortega, M.; Ortiz Montalvo, A.; Olivares Santos, R. A. (2015). La dimensión del paradigma de la complejidad en los sistemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, vol. 83, núm. 1. pp. 81-86 Academia Mexicana de Cirugía, A.C. Distrito Federal, México.

Franco, T. B.; Merhy, E. E., (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 7(1):9 -20. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240>

Fernández, A.M., (2010). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires. Editorial: EUDEBA.

Ferro, Rubén Oscar., (2009). Formación del RRHH en Salud Mental en la comunidad. En: Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington, D.C.: OPS, Capítulo 15.

Funk, M.; Faydi, E.; Drew, N., Minoletti, A., (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En: Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington, D.C.: OPS, Capítulo 8.

Gagneten, M. M., (1987). *Hacia una metodología de sistematización de la práctica*. Buenos Aires. Editorial Humanitas.

Jara, O., (1994). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. Lima. Tarea, Asociación de Publicaciones Educativas.

Menéndez, E.L., (2005). "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores." *Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. Vol. 1, núm. 1, pp. 9-32

Merhy, E.; Camargo Macruz Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R., (2006). Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Revista Salud Colectiva*. 2 (2), p. 147-160. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>

Michalewicz, A. y Pierri, C. y Ardila-Gómez, S., (2014). Del proceso de salud/enfermedad/ atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, 2014, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139994021>

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2010). *Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas de Medicina General y/o Familiar*. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM). Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/Doc-Marco-SaludMental-102015.pdf.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Programa Remediar. Terapéutica racional en atención primaria de la salud: salud mental en el primer nivel de atención. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). Políticas Públicas de Salud Mental: enfoques, estrategias y experiencias con Base en la Comunidad. 1era ed.

Ministerio de Salud de la Nación. (2017). Capacitación en Servicio para trabajadores de la salud en el Primer Nivel de Atención. Curso en Salud Social y Comunitaria. Herramientas de Epidemiología. Unidad N°2. La epidemiología y el registro de información. Año 2017. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001072cnt-modulo-2-curso-herramientas-epidemiologia-2017.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. (2017). Capacitación para equipos de salud sobre Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. Módulo 1. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

Ministerio de Salud GCABA. (2017). Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Dirección General de Atención Primaria. "Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: responsabilidades y alcances". Portal APS en RED BA.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Documentos para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. EAPS - Equipos de Abordaje Psico-social. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001375cnt-2018-11_EAPS-equipos-de-abordaje-psicosocial.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento Técnico de la Cobertura Universal en Salud N° 1. Avanzando en la implementación de la CUS. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001381cnt-Serie%20CUS.%20DT1%20Avanzando%20en%20la%20implementacin%20de%20la%20CUS.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 6 Desarrollando Sistemas de Información en Salud Integrados. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001442cnt-Serie%20CUS.%20DT%206%20-%20Desarrollando%20sistemas%20de%20informacin%20en%20salud%20integrados.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 9 Conformación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001498cnt-Serie_CUS_DT9-Hoja-de-ruta.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 10 Conformación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. . [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001513cnt-Serie_CUS_DT%2010%20Conformacin%20de%20Equipos%20de%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación sobre Acogimiento: Curso de Formación Interdisciplinaria: Capacitación en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). Documento técnico de la Cobertura Universal de Salud N° 12: El acogimiento en las Prácticas en Salud. Pre impresión.

Ministerio de Salud de Chile. Unidad de Salud Mental División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

Montero, M., (2003). Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paídos.

Montero, M., (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires. Ed. Paídos.

Morales Borrero, C.; Borde, E.; Eslava Castañeda, J.C.; Concha Sánchez, S.C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808.

Morin, E., (1990). Introducción al pensamiento complejo. España. Editorial Gedisa, Sexta reimpresión.

Morin, E., (2000). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París. UNESCO.

Onocko Campos, R.T; Furtado, J.P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Revista de Salud Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n5/1053-1062/pt>

OMS (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra. [En línea] [Citado en octubre de 2019] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

OPS/OMS (1978). Declaración de Alma Ata.11/09/18, de OPS/OMS. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OPS/OMS (1990). Declaración de Caracas. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington. [En línea] [Citado en octubre de 2019] Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

OPS/OMS (2008). "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS. [En línea] [Citado en octubre de 2019] Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

OPS/OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

OPS/OMS (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud, Washington, D.C. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf

OPS/OMS (2011). Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

OPS/OMS (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 - 2020. 11/9/18, de OPS/OM. [En línea] [Citado en octubre de 2019] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

OPS/OMS (2015). Principios de Brasilia: principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf

OPS/OMS (2017). Transformando los sistemas de salud hacia redes integradas. Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal de servicios de calidad en la Argentina. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf

OPS/OMS (2018). Declaración de Astaná. [En línea] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

República Argentina. (1967). Ley N°17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=19429>

República Argentina. (2009). Ley N° 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

República Argentina. (2010). Ley N°26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ley Nacional de Salud Mental. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

República Argentina. (2019). Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental. ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

República Argentina. (2019). Estrategia de salud familiar y comunitaria. Resolución 2019-32-APN-SGS#MSYDS. [Internet] [Citado en octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-32-2019-318730>

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS., (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Rodríguez, J.; Chait, L.; García Rapisarda, M. B.; Perfumo, M.; Aquila, S. La intervención territorial y las problemáticas sociales complejas. Villa 15. Ciudad Oculta 2013/2015. Un estudio de caso. En: 3º Jornadas de Investigación en salud mental y adicciones del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte": salud mental y problemáticas sociales complejas: Investigaciones en distintas localidades del país.

Rubinstein, A., (2006). Atención Primaria y Servicios de Salud. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2º edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, págs. 40-55.

Saldivia, S.; Torres-González, F., (2009). La atención comunitaria de las personas con trastornos mentales severos de larga duración. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Washington, D.C.: OPS. Capítulo 10.

Santos M., (1996). Por uma geografia nova: Da crítica da geografia a uma geografia crítica; São Paulo. Hucitec Editora.

Silva, J., Nilson, J., (2011). Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI, Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Spinelli, H., (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. Vol. 6, págs. 275-293.

Spinelli, H., (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. En: Revista de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Vol. 12 Nº 2.

Speranza, M., (2016). ProFeder: Sistematización de experiencias. Creando sentido y aprendiendo de la práctica. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria.

Starfield, B., (1998.) Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press.

Stolkiner, A., (1999). Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto. Publicado en: Revista El Campo Psi - Revista de Información Especializada. Nro 11. Año 3. Rosario.

Stolkiner, A., Solitario., (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, Daniel. Atención primaria de la salud - 1a ed. Buenos Aires: Paidós.

Stolkiner, A.; Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex-Revista Argentina de psiquiatría.

Vilaca Mendes, E.; Fontes Texeira, C.; Cardoso Araujo, E.; Logiodice Cardoso, M.R., (1993). Distritos Sanitarios: conceitos-chave. En Vilaca Mendes, E. (org.) Distrito Sanitario. O processo social de mudança das práticas sanitarias do Sistema Unico de Saúde. HUCITEC-ABRASCO.

GLOSARIO

ABORDAJE PSICOSOCIAL: perspectiva aplicada que busca promover procesos de intervención social-comunitarios. Está enmarcada en el respeto por los derechos humanos de las personas, al tiempo que busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones por parte de estas. El equipo interdisciplinario configura la estructura desde la cual se interviene (Blanco, 2007).

ACCESIBILIDAD: es un atributo esencial de la atención primaria de la salud, que remite al punto de primer contacto entre el efecto o equipo de salud y la población, implica el trabajo desde la no discriminación, así como la garantía de la accesibilidad en sentido físico (cercanía geográfica, disposición para acceso de personas con discapacidad), económico (criterio de justicia social) y simbólico (acceso oportuno a la información), etc. (MSAL, Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. Documento N°2 Definiciones y Marcos Conceptuales).

ACOGIMIENTO: es una práctica presente en todas las relaciones que se establecen en el marco del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado: en todos los encuentros entre trabajadores y usuarios. Es constitutivo de la relaciones de cuidado, desde la promoción de salud. Requiere de la responsabilización de trabajadores y equipos en relación con los usuarios, desde su primer contacto hasta la resolución del problema. Implica escuchar atentamente el padecimiento del usuario, considerando y haciendo lugar a sus preocupaciones en cada instancia; poniendo en práctica una escucha amplia capaz de comprender la demanda en su complejidad, con el objetivo de garantizar los cuidados en forma integral y resolutive, por medio de la puesta en funcionamiento y la articulación de redes internas y externas, para dar continuidad a los cuidados. (MSAL, Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. Documentos N°2 Definiciones y Marcos conceptuales y N° 6 Acojimiento y humanización de las practicas en salud).

APOYO MATRICIAL / MATRICIAMIENTO: el apoyo o soporte matricial implica un modo de producir salud en el que dos o más equipos realizan una intervención terapéutica en un proceso de construcción compartida. El matriciamiento debe proporcionar la especialización en la asistencia, así como un soporte técnico-pedagógico para los equipos nucleares y ampliados, en el proceso de construcción colectiva de proyectos terapéuticos junto con la población. Se diferencia de una supervisión ya que los equipos de apoyo matricial pueden participar activamente del proyecto terapéutico, según las

necesidades. Estos dispositivos deben ser pensados como instancias flexibles, dinámicas y articuladas, y no como espacios estancos (MSAL, 2018).

ATENCIÓN INTEGRAL: se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: de acuerdo a la Declaración de Alma Ata (1978), es la asistencia sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ello, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.

BÚSQUEDA ACTIVA: hace referencia a las acciones desarrolladas por integrantes del centro de salud para la identificación de población con algún tipo de riesgo sanitario. Estas acciones consisten, principalmente, en visitas a domicilios o áreas determinadas de forma sistemática y periódica o eventual. También incluye estrategias de recaptación de población que en algún momento se contactó con el centro de salud, sí como el contacto proactivo con los/ as usuarios/as cuando se detecta que hay intervenciones pendientes de ser realizadas.

CAPACIDAD RESOLUTIVA: es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios de los establecimientos de salud (OPS, 2017).

CIUDADANO: es el individuo como sujeto de Derechos Políticos. Esto quiere decir que el ciudadano interviene en la vida política de su comunidad al ejercer dichos derechos. La ciudadanía también implica una serie de deberes y obligaciones.

CLÍNICA AMPLIADA: es un modelo de atención que prioriza al sujeto por sobre la enfermedad, que asume al padecimiento como parte de la vida de las personas, por lo que promueve la autonomía de cada una de ellas. La Clínica Ampliada es una práctica de equipos que combinan sus diferentes núcleos disciplinarios – constitutivos de sus prácticas – para intervenir sobre el ámbito de determinación social de la salud, el campo de la salud. De esta manera, esta modalidad de abordaje privilegia el vínculo entre el equipo y el usuario en la construcción del proyecto terapéutico que protagonizan los diferentes actores que lo constituyen a la vez que integra diferentes núcleos disciplinarios – y sectoriales – para el alcance de los mayores niveles de autonomía posible, tanto de sujetos como de colectivos (MSAL, 2018).

COMPLEJIDAD: del latín complectere, que remite a conectar, abarcar, obtener algo fuera del alcance de la comprensión. El enfoque de la complejidad permite entender al campo de la salud desde una posición no lineal, rígida o direccional, para poner el acento sobre lo inesperado y particular de las situaciones que se presentan. Para esto, es necesario trascender los conocimientos tradicionales, derribar las barreras tradicionales entre las disciplinas e integrar lo que se concebía separado (Morin, 2000). Si se entiende la complejidad del campo de la salud, se parte de la concepción de que el abordaje debe ser territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios que promuevan la corresponsabilidad, el compromiso y la promoción de la participación activa de usuarios, la comunidad y trabajadores de la salud. (Fajardo Ortiz, G. et. al, 2015).

COMUNIDAD: “Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. La comunidad es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. No debe olvidarse que, como parte de su dinámica, en esas relaciones internas puede también llegar a situaciones conflictivas conducentes a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad”. (Montero, 2004).

CONSENTIMIENTO INFORMADO: la ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, establece que el consentimiento informado es la declaración de voluntad suficiente efectuada por la persona, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS / CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó una consulta (OPS, 2017).

Es el grado en que una serie de eventos de salud discretos son experimentados por usuarios/as como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades de salud del usuario/a y contexto personal. Tres aspectos de la continuidad: 1) continuidad informativa es el flujo de información a través de los eventos de salud / consultas, en particular mediante la documentación, la entrega y revisión de notas de consultas previas.

2) continuidad de gestión es la consistencia de la atención por las diversas personas involucrados en el cuidado de un/a usuario/a. 3) continuidad relacional es el sentido de la filiación entre el usuario/a y su equipo de salud.

CORRESPONSABILIDAD: se refiere a una colaboración responsable y respetuosa, para crear un sentido de pertenencia que promueva el compromiso y la participación de todos los actores, con el propósito de obtener resultados que mejoren el nivel de salud de la población y, en consecuencia, su bienestar. Compartir responsabilidades en la atención de la salud, significa la participación activa y consciente del individuo, la familia, el personal de salud y los demás sectores para lograr los objetivos propuestos (OPS, 2017).

DERECHO A LA SALUD: implica no solo gozar de buena salud, sino también la obligación del Estado de establecer políticas, estrategias y programas destinados a que todas las personas tengan acceso a la salud. El derecho a la salud incluye libertades – derecho de las personas de controlar la propia salud y el propio cuerpo sin padecer intervenciones sin consentimiento – y derechos – garantía de acceso a una protección sanitaria que ofrezca a todas las personas igualdad de oportunidades de disfrute del más alto nivel posible de salud que pueda alcanzar. Asimismo, el cumplimiento del derecho a la salud debe implicar los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN: es concebida como la transformación del sistema centrado en instituciones totales, donde las personas viven y realizan todas las actividades de la vida cotidiana – hospitales con internación monovalente o psiquiátricas, entre otras-, hacia uno de atención integral de las personas en sus comunidades. El objetivo es que las personas mantengan sus vínculos comunitarios y su vida social. Esto permite aumentar la eficacia de la atención y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y comunidades.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: al igual que el de la determinación social de la salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud es uno de los principales enfoques epidemiológicos en torno a la comprensión social de la salud, que se configura en la segunda mitad del siglo XX. Se basa en la epidemiología social anglosajona (derivada de la epidemiología clásica). Desde este enfoque se entiende a los resultados en salud como relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud (Morales Borrero et. al, 2013).

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: al igual que el de los determinantes sociales de la salud, el enfoque de la determinación social de la salud, es uno de los principales enfoques epidemiológicos en torno a la comprensión social de la salud, que se configura en la segunda mitad del siglo XX. Se basa en la medicina social y salud colectiva latinoamericana (propuesta alternativa a la epidemiología clásica). Desde este enfoque se visibilizan las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de

capital como factores esenciales en la determinación social de los procesos de salud-enfermedad (Morales Borrero et. al, 2013).

EQUIPOS DE SALUD: según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, y con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los/as usuarios/as y familias atención integral de salud.

ESTIGMATIZACIÓN: marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

HOSPITALOCÉNTRICO: hace referencia al modelo conceptual que establece que el hospital es la institución central del sistema de salud. Este modelo se opone al modelo comunitario de atención, basado en la red integrada de salud con base en la comunidad, integrada por multiplicidad de servicios asistenciales de atención sanitaria y social, tales como dispositivos habitacionales y sociolaborales, centros de día, hospitales de día, etc.

HISTORIA CLÍNICA: la ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, establece que la historia clínica es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada a la persona por profesionales y auxiliares de la salud. La persona es el titular de la historia clínica. El contenido de la misma puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

INCLUSIÓN SOCIAL: designa el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural.

INSTITUCIÓN CON INTERNACIÓN MONOVALENTE: institución con dependencia sanitaria cuyo modelo asistencial se aplica a una patología en particular y en la cual se pone de manifiesto el predominio de concepciones y prácticas de tipo asilar. En el desempeño de estas instituciones se identifican procesos de anomia, aislamiento, vulneración de los derechos de las personas durante el proceso de atención y, fundamentalmente, de desplazamiento de fines, ya que la institución no puede cumplir satisfactoriamente con su rol asistencial y contribuye mediante su accionar a la generación de efectos iatrogénicos asociados a la cronificación e institucionalización.

INTEGRALIDAD: el concepto remite a múltiples significaciones: 1) fomento, prevención, curación, rehabilitación, paliativo y cuidados de largo plazo; 2) en todo el ciclo vital; 3) en el continuo de atención y cuidados; y 4) en la diversidad de ser familias y comunidad, sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible (OPS, 2017).

INTERDISCIPLINARIEDAD: comprende los procesos de integración de las teorías, métodos e instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

INTERSECTORIALIDAD: designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de: desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios sociosanitarios con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación de recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos.

PADECIMIENTO MENTAL SEVERO: problemática de salud mental que implica la consideración de diferentes dimensiones: la prevalencia, la duración prolongada y un grado variable de discapacidad. Las personas con padecimientos mentales severos son consideradas como población priorizada para el abordaje en el modelo comunitario de atención.

PARTICIPACIÓN SOCIAL/COMUNITARIA: es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones (OPS, 2017).

PERTINENCIA CULTURAL DE LA ATENCIÓN / INTERCULTURALIDAD: es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud (OPS, 2017).

POLITERAPIA: empleo de dos o más fármacos de manera simultánea en una misma persona para el tratamiento de un mismo trastorno (MSAL, 2015).

POLÍTICAS PÚBLICAS: conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad.

PREVENCIÓN: conjunto de medidas, estrategias y acciones destinadas a reducir la posibilidad de que acontezca un daño y/o enfermedad, suprimir los factores de riesgo asociados a patologías específicas, proteger a los grupos más susceptibles y/o desarrollar actividades orientadas a reducir o mitigar las consecuencias de la enfermedad una vez desencadenada. Se basa en el principio que cuanto más tempranamente se actúe a fin de evitar y/o actuar contra el curso de la enfermedad, más eficientes y eficaces resultan las medidas adoptadas.

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO: conceptualización de la medicina social / salud colectiva que busca desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y cuestionar la práctica de salud centrada en las patologías individuales. A partir de sus postulados se propone una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares (Stolkiner y Ardila 2012).

PROMOCIÓN DE LA SALUD: proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla, y que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de los determinantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida (OPS, 2017).

PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR: la construcción de los Proyectos Terapéuticos Singulares se basan en el vínculo entre trabajadores de la salud, usuarios y red de apoyo social, en el diseño de estrategias a partir de las necesidades de la situación. Es un recurso de la clínica ampliada y de la humanización en salud (MSAL, 2018).

REDE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD: conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto Reglamentario No 603/2013 de la Ley Nacional No 26.657, "debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social".

SALUD MENTAL: se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona (LNSM, 2010).

SERVICIOS DE SALUD: “En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados” (LNSM, 2010).

SISTEMAS DE APOYO: combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y un desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos, garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

TERRITORIO: lo definimos como el espacio sociodemográfico en el que se desarrollan los modos cotidianos de vivir de la población con la que se trabaja. “...el territorio es un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política... el territorio nunca está acabado sino en constante construcción y reconstrucción” (Vilaça Mendes et al, 1993).

VULNERABILIDAD SOCIAL: término utilizado para evaluar la incidencia de las transformaciones económicas, políticas y sociales en determinados sectores de la población.

ANEXO

EAPS

**EQUIPOS DE ABORDAJE
PSICO-SOCIAL**

1. DELIMITACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Los problemas de salud mental constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, siendo su tendencia en aumento. Estos eventos generan consecuencias en la trama vincular, social, económica y productiva de las personas y comunidades, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (OPS/OMS, 2014; OPS/OMS, 2016). Distintos documentos internacionales coinciden en que, entre las problemáticas de mayor prevalencia, con más carga discapacitante o de mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS/OMS, 2014; OPS/OMS, 2016).

A la relevancia epidemiológica del problema, se añade la complejidad que impone su abordaje en los sistemas de salud. En primer lugar, existe una brecha en el acceso a la atención y una respuesta insuficiente de los servicios de salud (OPS/OMS, 2014), observándose que 4 de cada 5 personas (con ingresos bajos o medios) necesitan atención y no la reciben. En segundo lugar, las problemáticas de salud mental se vinculan con situaciones de exclusión, estigmatización y discriminación que agravan y profundizan la situación de padecimiento (OPS/OMS, 2014). Por último, el modelo de atención vigente prevé que cuanto mayor sea la gravedad de la problemática, el tratamiento debe ser brindado en servicios del tercer nivel de atención de alta complejidad biomédica. Sin embargo, la evidencia y el consenso científico internacional demuestran que los abordajes de salud mental en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario - en el que se aprehende la complejidad social - resultan más efectivos e incrementan la capacidad resolutoria de los sistemas y servicios de salud (OPS/OMS, 2014). El primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, integra el ámbito social donde las personas habitan, constituyéndose de esta manera en la base de la red de cuidados en salud (OPS/OMS, 1978), lo que permite que las intervenciones se implementen en la complejidad de la vida de las comunidades, con abordajes integrales, ampliando el horizonte de posibilidades y en el marco de la garantía de derechos.

El marco normativo nacional e internacional prioriza los modelos de abordaje comunitarios, basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud -APS- (Declaración de Caracas, OMS, 1990; Principios de Brasilia, OMS, 1990; Consenso de Panamá, OMS,

2010; Ley Nacional 26.657/10; Ley Nacional 26.378/08). En este contexto, se entiende a la salud mental como un proceso social y complejo que implica la promoción de la salud, la prevención y la atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. A su vez, el Plan Nacional de Salud Mental (2013) plantea como prioritaria la redistribución y descentralización de los recursos humanos y financieros, con criterio de equidad territorial, para el fortalecimiento, sostenimiento y ampliación de una red integrada de servicios de salud mental y adicciones con base comunitaria (Punto 9, Objetivos -9.2-; Punto 10, Líneas de acción -10.3.7-).

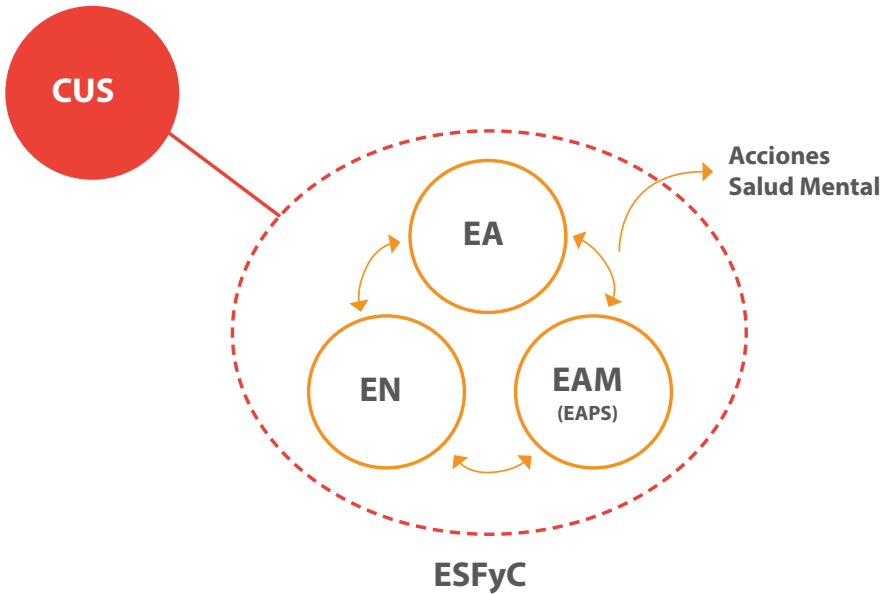
La **Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria**, en el marco de la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS), propone un modelo de atención centrado en la articulación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) - integrados por equipos nucleares y ampliados con apoyo matricial - para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad de las poblaciones más vulnerables del país.

Un **Equipo Nuclear**, es un equipo conformado idealmente por integrantes de las disciplinas Medicina General o Medicina Familiar y Enfermería, así como también de cuatro a cinco Agentes Sanitarios. Tendrán a su cargo la atención de 4.000 habitantes aproximadamente (de 800 a 1000 familias), siendo el promedio recomendado de 3.000 habitantes.

El **Equipo Ampliado** se conformará cada 2 Equipos Nucleares y en el mismo estarán representadas idealmente las disciplinas de Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Kinesiología, Obstetricia, Odontología, Administración y, eventualmente, otras especialidades médicas (por ejemplo, Pediatría, Clínica Médica, Ginecología); siempre en función de la disponibilidad de recursos. Actuarán en forma integrada y complementaria junto a los Equipos Nucleares.

Los **Equipos Matriciales** se conformarán a partir de diferentes especialidades para el acompañamiento de los Equipos Nucleares. En este sentido, habrá un Matricial cada ocho Nucleares.

En este marco, las acciones en salud mental son implementadas por los equipos nucleares y ampliados con el apoyo matricial de los Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS) con la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria. Este modelo promueve la producción de cuidados integrales para la población teniendo en cuenta la dimensión individual, familiar y comunitaria, con perspectiva de derechos, de interculturalidad y de género, en un marco intersectorial, basado en el trabajo en equipo, la construcción de interdisciplina y de comunidades más saludables.



CUS: Cobertura Universal de Salud **EA:** Equipo ampliado
EN: Equipo núcleo **EAM:** Equipo de Apoyo Matricial

Equipos de Abordaje Psicosocial en el marco de la CUS y la Estrategia de Salud Familiar Comunitaria - Elaboración propia

1.1 Algunas consideraciones sobre la eficacia de los abordajes comunitarios en salud mental

La Salud Mental Comunitaria (SMC) asume al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de los abordajes está ligada a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas, laborales y educativas y participen de proyectos colectivos.

Contrariamente, el paradigma asilar tradicional, fundamentado en el modelo biomédico, enfatiza en el control de la enfermedad, aislando al sujeto y provocando la ruptura de sus lazos sociales y de otros vínculos comunitarios (Ardila, Galende 2011).

Los abordajes comunitarios en salud mental priorizan la dimensión subjetiva, considerando la singularidad de cada uno de los procesos y organizando las intervenciones en un Proyecto Terapéutico Singular¹ que articula acciones individuales y colectivas. Esto implica tener en cuenta dimensiones sociales, farmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, entre otras, que deben ser integradas en el marco de la Clínica Ampliada², centrada en los sujetos y descentrada de la enfermedad (Campos, 2001).

1.2 La atención de la salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud

Ante la urgente necesidad de abordar la fragmentación de los sistemas de salud, la OPS/OMS propone el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) a fin de promover el desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de APS y, de esta manera, mejorar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados en salud. Las RISS se caracterizan por la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, en un marco de promoción de derechos ciudadanos, entre ellos el de disfrutar de una salud plena. Requieren de un abordaje intersectorial, que puede incluir la interacción con educación, trabajo, vivienda, entre otros; como así también con instituciones y organizaciones del estado y la sociedad civil (OPS/OMS, 2010).

Según Vilaça Mendes (2013), existen evidencias de que las redes mejoran los sistemas de atención de la salud tanto en sentido sanitario como en el económico, constituyéndose como una solución en proyectos con escasos recursos y problemas complejos.

La estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud puede ser un aporte para llevar a cabo abordajes comunitarios de las problemáticas de salud mental y lograr la continuidad de cuidados. Los EAPS se inscriben en esta lógica de funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el desarrollo de Proyectos Terapéuticos Singulares según la población/territorio definido/asignado. Esto implica acuerdos entre los actores, un diagnóstico social territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Así, la red será un espacio de mutua colaboración entre pares y no simplemente un ámbito de derivación y recepción de casos.

¹ La construcción de los Proyectos Terapéuticos Singulares se basan en el vínculo entre trabajadores de la salud, usuarios y red de apoyo social, en el diseño de estrategias a partir de las necesidades de la situación. El Proyecto Terapéutico Singular es un recurso de la clínica ampliada y de la humanización en salud.

² El concepto de Clínica Ampliada (Campos, 2001), refiere a un modelo de atención que prioriza al sujeto por sobre la enfermedad, que asume al padecimiento como parte de la vida de las personas, por lo que promueve la autonomía de cada una de ellas. La Clínica Ampliada es una práctica de equipos que combinan sus diferentes núcleos disciplinarios – constitutivos de sus prácticas – para intervenir sobre el ámbito de determinación social de la salud, el campo de la salud. De esta manera, esta modalidad de abordaje privilegia el vínculo entre el equipo y el usuario en la construcción del proyecto terapéutico que protagonizan los diferentes actores que lo constituyen a la vez que integra diferentes núcleos disciplinarios – y sectoriales – para el alcance de los mayores niveles de autonomía posible, tanto de sujetos como de colectivos.

2. EQUIPOS DE ABORDAJE PSICOSOCIAL (EAPS)

Son equipos de soporte matricial³ para el abordaje de problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención. Tienen como objetivo brindar apoyo técnico especializado a los equipos nucleares y ampliados en la construcción de los Proyectos Terapéuticos Singulares (Campos, 2001), ampliando el campo de actuación y enmarcando sus acciones en lo referente a salud mental. El propósito es mejorar el acceso y la calidad de atención, la capacidad resolutoria y la continuidad de cuidados de los usuarios y colectivos sociales, mejorando la accesibilidad al sistema de salud, optimizando el funcionamiento de la RISS e incluyendo a los usuarios que por diversos motivos se encuentran excluidos de ella.

Se parte de la idea directriz que el vínculo terapéutico entre los equipos de profesionales, los usuarios y colectivos, estimula la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la co-producción en salud. Implica la ampliación de la clínica y de las prácticas de atención integral de la salud, generando nuevos patrones en las maneras de relacionarse entre los sujetos implicados (Campos, 1998).

Se basa en un modelo de atención singularizado y personalizado, donde cada equipo tiene usuarios asignados y una población nominal a cargo, siendo responsable de los Proyectos Terapéuticos Singulares. Esto implica una aproximación y diagnóstico construido conjuntamente entre el Equipo de Salud Familiar y Comunitaria (nuclear, ampliado y EAPS según necesidad) con la persona, familia específica y/o actor comunitario, y - consecuentemente - el establecimiento de prácticas individuales, grupales, colectivas y/o territoriales.

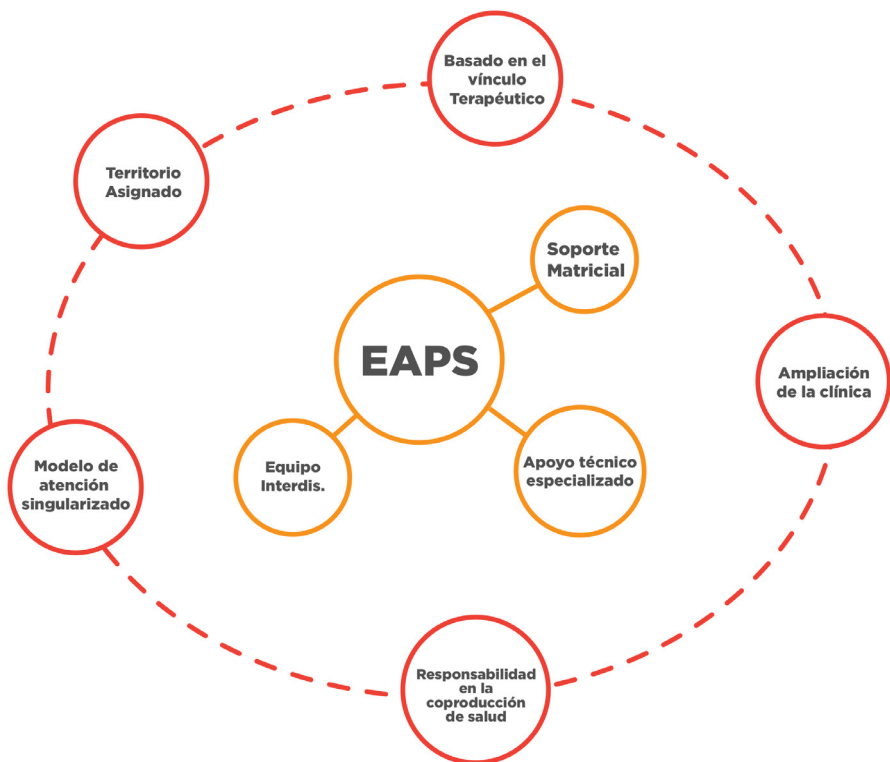
Entonces, se trata de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales vinculados al campo de la salud mental que desarrollan sus actividades en un territorio asignado (a partir de los equipos núcleo a los que matrician). La organización de la atención tendrá características particulares y la planificación de líneas prioritarias se adecuará a la realidad socio-cultural y epidemiológica local. Se recomienda que los

³ El soporte matricial implica un modo de producir salud en el que dos o más equipos realizan una intervención terapéutica en un proceso de construcción compartida. El matriciamiento debe proporcionar la especialización en la asistencia, así como un soporte técnico-pedagógico para los equipos nucleares y ampliados, en el proceso de construcción colectiva de proyectos terapéuticos junto con la población (Guía práctico de matriciamiento em saúde mental, 2011). Se diferencia de una supervisión ya que los EAPS pueden participar activamente del proyecto terapéutico, según las necesidades. Estos dispositivos deben ser pensados como instancias flexibles, dinámicas y articuladas, y no como espacios estancos.

equipos tengan facilidad para su desplazamiento en el territorio y resulta necesario que las intervenciones sean planificadas e implementadas en forma interdisciplinaria e intersectorial, con la participación de usuarios y otros actores en la producción de proceso de cuidado.

Los EAPS, en su relación matricial con los equipos nucleares y ampliados, abordarán las problemáticas prevalentes y/o de alto impacto para la salud mental de la población: depresión, ansiedad, consumo problemático de alcohol y drogas (Stagnaro, 2017), violencias, problemáticas del desarrollo en la infancia y las situaciones de padecimientos mentales severos, entre otras, según la situación de salud local (OPS/OMS, 2016).

El trabajo territorial promueve la detección precoz y oportuna de situaciones de crisis mediante un trabajo conjunto con la comunidad. Esta modalidad permite advertir tempranamente emergentes que podrían quedar invisibilizados, y de esta manera, profundizar la crisis.



Equipos de Abordaje Psicosocial en el marco de la CUS y la Estrategia de Salud Familiar Comunitaria - Elaboración propia

| 2.1 Funciones de los EAPS

Las funciones de los EAPS se enmarcan en el soporte matricial a los equipos nucleares y ampliados para garantizar la adecuada atención de las problemáticas de salud mental con base en la comunidad, promoviendo la continuidad de cuidados y la inclusión social de las personas con sufrimiento mental.

La responsabilidad territorial y poblacional corresponde a los equipos núcleo, que reciben apoyo matricial tanto de los equipos ampliados como de los EAPS, los que son co-responsables de las intervenciones, ampliando - de esta manera - la producción de cuidados en salud mental y enriqueciendo los proyectos terapéuticos.

Operacionalmente, cada EAPS se reunirá en forma sistemática con los equipos nucleares y los ampliados, con los que interactúa en el territorio; en esos espacios se debatirán los problemas que identifiquen en cada una de las familias y los espacios sociales bajo su responsabilidad. Este será el ámbito para el diseño de los Proyectos Terapéuticos Singulares (que combinan cuidados individuales, familiares, sociales, comunitarios) y funcionará como espacio de monitoreo permanente de las prácticas de los diferentes actores que laboran el territorio. De esta manera, este formato de gestión (encuentros sistemáticos entre EAPS, equipos ampliados y nucleares) se constituye como un espacio de producción de cuidados y de gestión de iniciativas individuales y colectivas.

A continuación, se detallan las funciones de los EAPS:

1. Apoyo a los equipos nucleares y ampliados en la detección y abordaje de situaciones problemáticas de salud mental:

- a.** Espacios de capacitación, sensibilización e intercambio en forma sistematizada.
- b.** Construcción conjunta de los proyectos terapéuticos singulares según necesidad de la situación: abordaje psicosocial, familiar y farmacológico.
- c.** Estrategias de abordaje conjunto según necesidad de la situación: Visitas domiciliarias, entrevistas, etc.
- d.** Apoyo en la comunicación entre los distintos equipos.
- e.** Diversificación de estrategias de respuesta que contemplen la atención individual como una estrategia posible entre otras que impliquen lo familiar, lo grupal, lo institucional y/o lo comunitario.

2. Participación en la construcción de estrategias colectivas para la protección y promoción de la salud mental, prevención de problemáticas de salud mental de mayor prevalencia e impacto en la población de referencia:

- a.** Relevamiento de las problemáticas de salud mental prevalentes en la comunidad, a fin de diseñar intervenciones comunitarias específicas que brinden un impacto sanitario significativo.
- b.** Promoción del desarrollo de dispositivos de intervención tales como talleres, charlas informativas, consejerías, grupos de pares o de reflexión en los centros de salud sobre temáticas de relevancia sanitaria y/o priorizadas por la comunidad.
- c.** Promoción de campañas sobre desestigmatización de los padecimientos mentales y las adicciones.
- d.** Identificación de líderes comunitarios, espacios y organizaciones que favorezcan la promoción de la salud mental.

3. Promoción de estrategias de búsqueda activa y de recaptación de personas con padecimientos mentales, de detección oportuna de situaciones de crisis para evitar profundizaciones o empeoramiento y discontinuidades en el cuidado:

- a.** Nominalización, georreferenciación y seguimiento con los equipos nucleares y ampliados.
- b.** Análisis de situación de la comunidad e identificación de las necesidades de atención psicosocial.

4. Acompañamiento de situaciones de padecimiento mental mediante dispositivos comunitarios y en articulación con otras instituciones y sectores:

- a.** Desarrollo de dispositivos grupales terapéuticos y de rehabilitación psicosocial.
- b.** Formulación y participación en la implementación de apoyos a partir del sistema de salud y red comunitaria.

- c.** Articulación con hospitales generales, centros de día u otros dispositivos intermedios.
- d.** Identificación y elaboración de acuerdos con actores comunitarios para la inclusión social (actividades recreativas, talleres artísticos, cursos de oficio, emprendimientos productivos).
- e.** Sistematización de información sobre los programas y planes tanto locales como nacionales.
- f.** Registro mensual de actividades para su posterior evaluación y sistematización de la experiencia.

5. Intervención en situaciones de crisis para evitar internaciones innecesarias, gestión y acompañamiento de procesos de internación y externación:

- a.** Evaluación integral de la situación de la persona (psicológica, física, red de apoyo familiar y socio-comunitaria), conjuntamente con equipos nucleares y ampliados.
- b.** Promoción de la participación activa del usuario y de sus referentes afectivos e institucionales en el proceso de producción de cuidados.
- c.** Articulación con los profesionales de salud mental del hospital general, con la mesa de externación local y/o con los actores claves que se considere necesario.
- d.** Relevamiento de la red socio-sanitaria local, formal e informal, mecanismos de funcionamiento, recursos específicos y modalidades de interacción con la misma para garantizar la continuidad de cuidados entre niveles de atención.
- e.** Seguimiento y acompañamiento en conjunto con los equipos nucleares y ampliados, mediante atención domiciliaria y otras estrategias pertinentes.
- f.** Elaboración de estrategias tales como acompañamiento terapéutico, inclusión en centro de día u otros dispositivos de presencia continua.

| 2.2. Composición y distribución

Se sugiere la conformación de un EAPS cada 8 equipos núcleo y 4 equipos ampliados. No obstante, podrían requerirse mayor número de EAPS en función de la diversidad de cada territorio y la vulnerabilidad psicosocial de la población. En caso de existencia de hospitales monovalentes en el territorio se recomienda un mayor número de EAPS, para garantizar los procesos de desinstitucionalización.

Es importante que la definición respecto de la cantidad de EAPS en relación con los equipos nucleares y ampliados pueda ser el resultado de una decisión estratégica que incorpore en el debate a las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal), las perspectivas de los trabajadores, de los actores sociales comunitarios y de los usuarios, sus familias y sus organizaciones.

Se recomienda que la conformación mínima y necesaria de un EAPS contemple 4 trabajadores, entre los que se incluya un/a psicólogo/a y/o psiquiatra, un profesional de las ciencias sociales (trabajo social, antropología, comunicación social, sociología, otros) y dos de los siguientes:

- Otras disciplinas de salud mental (terapia ocupacional, musicoterapia, entre otras).
- Enfermería (con experiencia de trabajo en el abordaje del sufrimiento psíquico).
- Acompañamiento Terapéutico.
- Otros trabajadores (talleristas, promotores comunitarios, otros).
- Usuarios/as y/o familiares de usuarios/as.

Cabe aclarar que si el EAPS no está integrado por un psiquiatra, se debe garantizar el soporte matricial de esta especialidad en la red de salud mental local.

Se recomienda un mínimo de reunión de equipo semanal. Se considera importante tener en cuenta la participación de los/as usuarios/as y/o familiares de usuarios/as de servicios de salud en las estrategias de abordaje. Es importante que la conformación del EAPS sea adecuada para garantizar las funciones del mismo, basadas en el apoyo matricial en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Ardila, S., Galende, E., (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad* 1, 39–50. Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanús.

Campos, G.W. de S., (2001). *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Campos, G.W. de S., (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP. Barão Geraldo, Campinas, S.P.

Ley Nacional N° 26.378/2008 Adhesión a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Ley Nacional N° 26.657/2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental – Decreto Reglamentario 603/2013. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

OPS/OMS (1978). Declaración de Alma Ata. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OPS/OMS (1992). Declaración de Caracas. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

OPS/OMS (2005). PRINCIPIOS DE BRASILIA Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf

OPS/OMS (2010). Consenso de Panamá. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

OPS/OMS (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 - 2020. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

OPS/OMS (2016). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 . 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018 OPS-OMS-guia-intervencion-mhGAP.pdf>

OPS/OMS (2010). Salud Mental en la Comunidad, 2a. ed. Washington, D.C.: OPS, Serie PAL-TEX para Ejecutores de Programas de Salud No.49.

Plan Nacional de Salud Mental (Res.Msal 2177/2013)
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225330/norma.htm>

Stagnaro, J.C., Cía, A.H., (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina.

Vilaça Mendes E. (2013). Las redes de atención de salud. Brasilia DF: OPS/OMS CONASS.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación
República Argentina
(011) 4379.9162
saludmentalnacion@gmail.com
Año 2019

