



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica

Tesis de Maestría para la obtención del Título de
Magister en Psicología Clínica.

**SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION:
La formación del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental
en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud**

Autora: Lic. en Psicología Ma. Gabriela Novoa Bárcena

Directora de Tesis: Dra. Cristina Larrobla, Fac. de Medicina, Udelar

Directora Académica: Dra. Ma. José Bagnato, Fac. de Psicología, Udelar.

Montevideo, Uruguay

Marzo 2019

Dedico esta Tesis a Ruben, Joaquín y Catalina por haberme estimulado a perseverar e insistir en que los desafíos no se abandonan.

Por su respeto y paciencia ante el tiempo en familia que la Tesis nos quitó.

Y por el buen consejo prestado: que lo “hecho” es mejor que “lo perfecto”.

AGRADECIMIENTOS:

Haber iniciado el largo recorrido de formarme en la Maestría en Psicología Clínica, integrándome en la cohorte del 2009, a los 48 años de edad, retomándola en el 2015, determina que tenga la fortuna de reconocer que durante este largo proceso me han acompañado, guiado y apoyado de alguna u otra manera, múltiples personas queridas a las que deseo expresar mi agradecimiento.

En primer lugar, a mi Directora de Tesis, Cristina Larrobla, por la orientación, rigurosidad y generosidad en compartir sus conocimientos. Su entrega y paciencia me habilitaron a aprender y disfrutar de las vicisitudes implícitas en los procesos de investigación y el desafío que conlleva la producción de conocimiento. Pero, sobre todo, agradezco su amistad leal, de casi 30 años de recorrido juntas, en los que nos permitimos compartir momentos importantes de nuestras vidas. Esta combinación lograda me devuelve lo afortunadas que somos.

A mi querida amiga Irene Petit que, a través de su amor a la profesión médica y especialmente a la Medicina Familiar y Comunitaria, me permitió tomar contacto con la especialidad y contar con sus valiosos aportes en la materia.

A mis amigas del alma, Mónica, Isabel, Irene, Leonora y Selva, que me han acompañado durante todos estos años, apoyando y estimulando a no claudicar en el camino. Tolerando las horas robadas a nuestros múltiples y queridos encuentros determinado por mi concentración en la Tesis. Especialmente a Isabel e Irene por leer(me) y sugerir mejoras.

A Nelson Cernuschi por el sostén y su confianza profesional. Por el estímulo a no renunciar a la permanente búsqueda de la coherencia y honestidad que exige el estar vivo. Por acompañarme a combatir la estupidez y la locura, y sobre todo por su sagacidad e inteligencia en combinar tan equilibradamente el humor, con el dolor y el amor.

A mi hermana Ma. Gloria, por su presencia incondicional.

A Jimena Pandolfi y Pablo Hein de la Facultad de Ciencias Sociales por su apoyo y trabajo compartido en los aspectos metodológicos, la sistematización de los datos y por su generosa y constante disponibilidad a colaborar.

A Martín García, compañero de trabajo, que siempre estuvo atento, facilitando información para sumar al trabajo de la Tesis.

Al Equipo Básico de Trabajo para la implementación de la Ley de Salud Mental en ASSE, Ma. Celia Barrios, Sandra Romano, Gabriela López Mesa, Fernanda Porteiro y Magdalena García, profesionales y seres humanos de gran calidad, con quienes tuve y tengo la oportunidad de aprender, crecer y debatir sobre los desafíos que enfrenta nuestro país para realmente cambiar las perspectivas y prácticas en el cuidado de la salud mental de todos los que vivimos en Uruguay.

A mis colegas Marilen Bettini y Sylvia Toledo por el estímulo y la confianza conquistada a partir del trabajo colectivo desarrollado en estos 20 años en los servicios de salud de ASSE.

A cada uno de los integrantes del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (UdelaR-ASSE), con quienes he compartido años de trabajo conjunto, en busca de la comprensión y visión académica en un tema tan complejo. Y de quienes he aprendido y aprendo sobre los desafíos que tiene la conjugación de esfuerzos interinstitucionales y multiprofesionales

Quiero agradecer a las autoridades de ASSE y a los docentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina y de la Maestría de la Universidad Privada por haber habilitado el desarrollo del trabajo de campo y estar dispuestos a mantener las entrevistas que habilitaron a ofrecer información relevante y requerida para la Tesis.

Especialmente quiero agradecer a cada uno de los Médicos de MFC de ASSE, que gentilmente participaron y estuvieron dispuestos a completar el cuestionario para alcanzar los objetivos trazados,

A Ma. José Bagnato, Rossina Machiñena y Beatriz Falero, por su generosidad, tiempo y disposición a integrarme en el Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología durante la pasantía realizada en el marco del cumplimiento curricular.

A Irene Barrios, Ana Hounie y Mariana Folle, Directoras Académicas de la Maestría en Psicología Clínica y al personal de secretaria de la Maestría y de Bedelía del Posgrado de la Facultad de Psicología, quienes me orientaron y facilitaron los caminos que tuve que sortear para retomar y cumplir con las exigencias curriculares y así poder culminar el largo proceso de formación.

A la Universidad de la República que, a través de la Facultad de Psicología y la Facultad de Medicina, con sus debilidades y fortalezas, habilitaron a que continuara mi crecimiento profesional.

Finalmente, a todas aquellas personas, colegas y amigos que me brindaron su apoyo, tiempo e información para lograr culminar este camino.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Total de médicos del PNA cada mil habitantes según países Sudamericanos	21
Tabla 2 - Distribución de los servicios de salud según prestador	24
Tabla 3 - Prevalencia media y brechas de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe	34
Tabla 4 - Total de usuarios de la Región Sur de ASSE según sexo	56
Tabla 5 - RAPs de la Región Sur según tipo de Centro/Unidad Asistencial	57
Tabla 6 - Total de Centros de Salud de la RAP Metropolitana y número de médicos de MFC	59
Tabla 7 - Total de Unidades asistenciales de la RAP Canelones y número de médicos de MFC	60
Tabla 8 - Número total de recursos humanos en SM de la RAP Metropolitana según profesión	61
Tabla 9 - Número total de recursos humanos en SM de la RAP Canelones según profesión	62
Tabla 10 - Características generales de los médicos de MFC encuestados	
Tabla 11 - Características de las consultas en el PNA y Criterios de Derivación de los médicos de MFC encuestados	102
Tabla 12 - Informantes calificados a los que se le realizó la entrevista	115

LISTA DE FIGURAS Y GRAFICOS

Figura 1. Regiones de ASSE y número total de usuarios por Región	54
Figura 2. Distribución de Unidades asistenciales de la RAP Metropolitana	58
Figura 3. Distribución de Unidades asistenciales de la RAP Canelones	60
Figura 4. Diagrama de procedimiento del trabajo de campo según Organigrama	81
Gráfico 1. Frecuencia de cuestionarios completados según RAP	87
Gráfico 2. Distribución (%) de cuestionarios completados según RAP	87
Gráfico 3. Distribución (%) de cuestionarios completados s/CS RAP Metropolitana	87
Gráfico 4. Distribución (%) de cuestionarios completados s/CS RAP Canelones	88
Gráfico 5. Distribución (%) del total de médicos de MFC según sexo	88
Gráfico 6. Distribución (%) de médicos de MFC según RAP y sexo	89
Gráfico 7. Distribución (%) año de obtención del título de especialidad	92
Gráfico 8. Distribución (%) de lugares de trabajo	92
Gráfico 9. Distribución (%) de modalidad contractual	93
Gráfico 10. Distribución (%) de horas de trabajo por semana	94
Gráfico 11. Distribución (%) de horas semanales según multiempleo	94
Gráfico 12. Distribución (%) de años de experiencia en el PNA	95
Gráfico 13. Distribución (%) evaluación de la formación en SM durante el Grado	96
Gráfico 14. Distribución (%) evaluación de la formación en SM durante Posgrado	96
Gráfico 15. Distribución (%) del tipo de Formación Continua en SM	97
Gráfico 16. Distribución (%) de horas de duración de cursos en Formación Continua en SM	98
Gráfico 17. Distribución (%) último curso de Formación Continua	98
Gráfico 18. Distribución de pacientes asistidos por día por médicos	99
Gráfico 19. Distribución de cantidad de pacientes asistidos por día según RAP	99
Gráfico 20. Distribución de las problemáticas en SM en el PNA	100
Gráfico 21. Distribución de criterios de derivación al especialista de SM	101
Gráfico 22. Distribución (%) de la autovaloración de los médicos de MFC de su trabajo con los pacientes con problemas de SM según RAP	103
Gráfico 23. Distribución (%) de abordaje exclusivamente farmacológico utilizado	104
Gráfico 24. Distribución (%) de abordaje solo psicológico y seguimiento utilizado	104
Gráfico 25. Distribución (%) de abordaje psicológico y seguimiento	105
Gráfico 26. Distribución (%) del interés y motivación frente a pacientes con problemas SM	105
Gráfico 27. Distribución de la capacidad de manejarse adecuadamente	

y comodidad frente a pacientes con problemas SM	105
Gráfico 28. Distribución de las reacciones de incomodidad o inseguridad frente a pacientes con problemas SM	105
Gráfico 29. Distribución (%) de las dificultades o resistencia en el manejo de pacientes con problemas SM	107
Gráfico 30. Distribución (%) de las reacciones de rechazo frente a pacientes con problemas SM	108
Gráfico 31. Distribución de las reacciones de rechazo frente a pacientes con problemas SM	108
Gráfico 32. Distribución (%) de la falta de tiempo en las consultas con pacientes con problemática de SM	109
Gráfico 33. Cantidad de contactos declarados por los médicos de MFC con el ESM	109
Gráfico 34. Distribución de la cantidad de contactos declarados por los médicos de MFC con el ESM según RAP	110
Gráfico 35. Distribución de la percepción de los médicos de MFC acerca la disponibilidad de los ESM	110
Gráfico 36. Distribución de la utilidad de la coordinación con ESM declarada por los Médicos de MFC	111
Gráfico 37. Distribución de la utilidad de la coordinación con ESM de los Médicos de MFC sobre <u>según RAP</u>	111
Gráfico 38. Distribución (%) de la percepción de los médicos de MFC acerca de la calidad de la coordinación con el ESM	112
Gráfico 39. Distribución del tipo de sugerencias declaradas por los médicos de MFC para mejorar relacionamiento con ESM	113

LISTA DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CAPS	Centros de Atención Psicosocial
CGE	Carga Global de Enfermedades
CS	Centro de Salud
EBI	Equipo Básico de Intervención
EPN	Equipo de Primer Nivel
ES	Equipo de Salud
ESM	Equipo de Salud Mental
ECSM	Equipo Comunitario de Salud Mental
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MFC	Medicina Familiar y Comunitaria
MSP	Ministerio de Salud Pública
MINSAL	Ministerio de Salud (Chile)
NASF	Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud
PIPSM	Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental
PNA	Primer Nivel de Atención
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PSF	Programa Saúde da Família
RAP	Red de Atención Primaria
RISS-R	Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional
SM	Salud Mental
PSM	Problemas de Salud Mental
SMC	Salud Mental Comunitaria
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
UE	Unidad Ejecutora
UDA	Unidad Docente Asistencial
UDELAR	Universidad de la República
USF	Unidad de Salud de la Familia
WONCA	World Organization of Family Doctors (Org. Mundial Médicos de Familia)

INDICE

Lista de Tablas	4
Lista de Figuras y Gráficos	5
Lista de Siglas	7
Índice	8
Resumen	11
Abstract	
Introducción	13
Capítulo 1. – Cambios paradigmáticos en el campo de la salud	15
1.1. Antes y después de Alma Ata – Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud	15
1.2. Panorama Internacional de la estrategia en APS	18
1.3. La estrategia en APS en la región	19
1.3.1. Algunas experiencias destacadas: Chile y Brasil	21
1.3.2. La situación de Uruguay	23
1.4. La Salud Mental en la estrategia APS	26
1.4.1. Evolución de las políticas de Salud Mental. Recomendaciones de la Organismos Internacionales	26
1.4.2. ¿Qué se entiende por Salud Mental?	29
1.4.3. Magnitud del desafío: la carga de los PSM a nivel internacional	32
1.4.4. La situación de Uruguay en materia de Salud Mental	34
1.5. Obstáculos para dar una respuesta integral	35
Capítulo 2. – La Salud Mental y la formación de los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria	38
2.1 Una nueva interfase en la asistencia y la formación los recursos humanos en salud	
2.2. Los recursos humanos para el abordaje en SM a nivel internacional y regional	41
2.2.1. La actualidad del problema a nivel internacional	42
2.2.2. Panorama regional y nacional	46
2.3. Subsector público ASSE	53
2.3.1. Perfil sociodemográfico de la población usuaria	54
2.3.2. Líneas estratégicas de ASSE	55
2.3.3. Región Sur - Red de Atención Primaria (RAP)	56

2.3.3.1 Red de Atención Primaria Metropolitana	58
2.3.3.2 Red de Atención Primaria Canelones	59
2.3.4. Equipos de Salud Mental en las Raps. Región Sur	60
2.4. Formación integral en Medicina: los recursos humanos en salud en los países desarrollados y el caso de Uruguay	62
2.4.1. Internacionalmente	62
2.4.2. Orígenes de la especialidad de MFC	63
2.4.3. Obstáculos y dificultades en la práctica profesional	64
2.4.4. La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay	66
2.5. Preguntas de la investigación	71
Capítulo 3. – Objetivos y Diseño Metodológico	73
3.1. Objetivos	73
3.1.1. Objetivos General	
3.1.2. Objetivos Específicos	73
3.2. Diseño metodológico	74
3.2.1. Tipo de Diseño	74
3.2.2. Población objetivo	75
3.2.2.1. Criterios de inclusión	75
3.2.2.2. Criterios de exclusión	75
3.2.3. Instrumentos de recolección de datos	76
3.2.3.1. Cuestionario para médicos MFC del PNA	76
3.2.3.1.a. Procedimiento.	78
3.2.3.2. Entrevistas semiestructuradas a informantes calificados	81
3.2.3.2.a Procedimiento	83
3.2.4. Análisis de los datos obtenidos	84
3.2.5. Consideraciones Éticas	84
Capítulo 4. – Resultados y Análisis	86
4.1. Fase cuantitativa	86
4.1.1. Formación de Grado y Especialidad.	90
4.1.2 Área Laboral: Lugares de trabajo y características de los cargos	92
4.1.3. Años de experiencia en el PNA	95
4.1.4. Formación en Salud Mental (SM) en Grado, Posgrado y Formación Continua.	95
4.1.5. Características de las consultas	99
4.1.6. Valoración personal del trabajo con pacientes con problemas	

de SM	102
4.1.7. Relacionamiento con los pacientes que presentan problemas de SM.	105
4.1.8. Relacionamiento con el Equipo de Salud Mental	109
4.1.9. Sugerencias de mejoras	113
4.2. Fase Cualitativa	115
4.2.1. Formación en SM de los MFC en el PNA de la Región Sur	116
4.2.2. Dificultades percibidas en el abordaje de pacientes con problemas de SM	123
4.2.3. Relacionamiento entre los médicos de MFC y los ESM	129
4.2.3.1 Perspectiva de Informante Calificado de la UdelaR	129
4.2.3.2. Perspectiva de Informante Calificado de ASSE	130
Capítulo 5. – Discusión	133
5.1. Características de los médicos encuestados que trabajan en el PNA	136
5.2. La formación en SM y la autoevaluación de los médicos de MFC encuestados	136
5.3. Estrategias, destrezas y dificultades en el abordaje de pacientes con problemática de Salud Mental.	140
5.4. Relación con el paciente con problemas de SM	142
5.5. Estilos de relacionamiento con los ESM	143
5.6. Limitaciones del estudio	145
Capítulo 6. – Consideraciones Finales y Recomendaciones	148
Referencias bibliográficas	153
Anexos	
Anexo 1- Cuestionario para Médicos de MFC del PNA	172
Anexo 2 - a) Pauta de entrevista a informantes claves ASSE	174
b) Pauta de entrevista a informantes claves Academia	176
Anexo 3 – Hoja de Información – Proyecto de Investigación	178
Anexo 4 – Consentimiento Informado	180

Resumen

Uruguay implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud en 2007 enfatizando la Atención Primaria de Salud, fortaleciendo el primer nivel de atención e integrando la Salud Mental (SM). Se prioriza al médico de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) como referente de la salud integral de la población. Existen diferencias entre la demanda real y percibida por problemas de SM que indicaría dificultades de los médicos en la detección de estos padecimientos.

Este trabajo describe la integración de la SM en el primer nivel a través de la formación en dicho componente de los médicos de MFC que trabajan en la Red de Atención Primaria de la Región Sur de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. **El diseño** es exploratorio, descriptivo transversal con una metodología cuanti-cualitativa. Se utilizó: 1) Cuestionario: relevó información sobre características generales de los médicos de MFC (formación, situación laboral, problemáticas en SM prevalentes en el PNA y tipo de abordajes; criterios de derivación, vínculo con los Equipos de Salud Mental, y necesidades formativas en SM); 2) entrevistas semiestructuradas a informantes calificados en gestión institucional y académicos. **Resultados**: Participaron 125 médicos de MFC y 10 informantes calificados. Uruguay avanzó en el cambio de modelo asistencial en el sector público, pero persisten dificultades para una respuesta integral considerando la complejidad y especificidad que requiere el componente de SM. La formación en SM es impartida en el grado, posgrado y educación continua, pero su calidad se evaluó como regular e insuficiente para la mayoría de los periodos de formación. Es necesario desarrollar habilidades y actitudes favorables durante la formación profesional para reducir el estigma y discriminación hacia la problemática en SM. Se destaca que las Universidades y autoridades sanitarias propicien el trabajo coordinado e interdisciplinario, que brinde a los integrantes de los Equipos de Salud herramientas que favorezcan el abordaje integral y mejore la calidad asistencial.

Palabras claves: Atención Primaria en Salud, Primer Nivel de Atención, Salud Mental, Formación, médicos de Medicina Familiar y Comunitaria.

Abstract

In 2007 Uruguay implemented the Integrated National Health Care System, emphasizing Primary Health Care (PHC), strengthening Primary Care and incorporating Mental Health (MH). Family and Community Physicians (FCP) are prioritized as referent of population integral health and sanitary system entrance door. There are differences between real and perceived demand due to MH problems which may indicate difficulties for physicians in detecting these conditions. This study describes MH integration in Primary Care through the training knowledge of the FCP who work in PHC Network, ASSE Southern Region. **Its design** is exploratory, transversal descriptive, with qualitative quantity methodology. **Tools:** 1) **Survey:** Information about Family Physicians, their training, employment situation, incidence in Primary Care and its approach, were collected; also referral and link criteria with MH Services, difficulties identified by them in taking care of their patients and their training needs are described. 2) **Semi-structured interviews** to qualified and academics informants in the institutional management area. **Outcome** 125 FCP from ASSE Southern Region and 10 qualified ASSE and academy informants partook: Uruguay has improved in changing the healthcare model in public sector, however, there still are difficulties for an integral response considering the complexity and specificity required by MH. Training in MH is taught in the degree, postgraduate and continuing education but quality appraisals showed that is not enough for most of them. It is necessary to develop favorable skills and attitudes during professional training to reduce MH stigma and discrimination. It is emphasized that universities and health authorities promote coordinated and interdisciplinary work to provide the health staff with tools to allow an integral approach and improve the care quality.

Keywords: Primary Health Care, Primary Care, Mental Health, Training, Family Physicians.

INTRODUCCIÓN

Quaisquer que sejam as transformações que se façam necessárias em determinadas "práticas", elas sempre implicam, necessariamente, transformações correlatas nos modos como os "problemas" são reconhecidos e configurados por esse "campo de práticas".

Teixeira (2009)

Antes de adentrarnos en el tema escogido para el presente trabajo, vinculado con la integración del componente Salud Mental (SM) en el Primer Nivel de Atención (PNA), se entiende necesario rescatar algunos factores y actores que se encuentran en la base del mismo como son los cambios de paradigma en el campo de la salud y sus respectivos impactos en los modelos de atención.

La elección del objeto de estudio estuvo determinada por varios factores: mi inserción laboral en el ámbito de los servicios públicos de SM desde los inicios de mi carrera profesional, el compromiso y preocupación como profesional de la SM en mejorar las respuestas en los procesos de atención y a partir de ello, la inquietud de continuar la formación académica en el país, dado por la oportunidad otorgada a través de la Facultad de Psicología cuando inicia la primera cohorte de la Maestría en Psicología Clínica en el año 2009. Estas circunstancias me habilitaron a acercar la práctica clínica a la investigación y de esta manera producir conocimientos, difundirlos y contribuir al desarrollo de acciones que produzcan mejoras.

La presentación de la información del primer capítulo no pretende ser un análisis exhaustivo de la construcción de saberes, ni un análisis histórico en profundidad, se trata de tomar en consideración algunos elementos, desde una perspectiva histórica que de cierta forma complementa y enriquece las discusiones en el campo científico, político y social. Considerar y comprender la integración de SM en el PNA exige abordar tanto lo referente a las estructuras y formas de organización de los servicios y los equipos que los integran, así como también cómo estos desarrollan las prácticas y que modelos de intervención priorizan.

El presente estudio se estructura de la siguiente manera: En el primer capítulo se presentan conceptos referentes a los cambios relevantes en el campo de la salud, se contextualiza históricamente la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la consideración al componente SM en ella. El segundo capítulo describe las estrategias desarrolladas para implementar las políticas de SM en los sistemas sanitarios a nivel internacional y regional y

las distintas modalidades de integración de la SM, la formación de los recursos humanos en salud, específicamente la de los especialistas en Medicina Familiar Comunitaria (MFC), configurando los fundamentos y antecedentes de la investigación. También, se describe en este capítulo la organización del subsector público de salud (ASSE) en la cual se realizó el trabajo de campo de la investigación y se plantean las preguntas que la guiaron. Los objetivos y la metodología de trabajo se desarrollan en el capítulo tercero, se describen las herramientas utilizadas, los criterios utilizados para la selección de los participantes y los procedimientos desarrollados durante el trabajo de campo para alcanzar los objetivos propuestos. En el capítulo cuarto se detalla el análisis de la información recabada en las fases cuantitativas (cuestionarios de los médicos de MFC) y cualitativas (informantes calificados de las instituciones participantes) y los resultados obtenidos. Dichos insumos fueron analizados a la luz de la bibliografía estudiada y el marco teórico referencial definido, información descrita en el quinto capítulo de Discusión, quedando, por último, las consideraciones finales y las recomendaciones las que se detallan en el último capítulo.

Capítulo 1

CAMBIOS PARADIGMÁTICOS EN EL CAMPO DE LA SALUD

1.1. Antes y después de Alma Ata – Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud

Entre los cambios más paradigmáticos en el campo de la salud a nivel internacional, la estrategia de APS (Alma Ata, 1978, Declaración de Caracas, 1990, Declaración de Montevideo, 2005) marcó un hito fundamental en el modelo de abordaje al proceso de salud-enfermedad de las poblaciones. En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (según Ley 18.211) se organiza en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. El PNA está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutiveidad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se prioriza la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. El segundo nivel está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversas complejidades. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia. Por último, el tercer nivel está destinado a la atención de patologías que demandan tecnología diagnóstica y tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades. (MSP, 2005)

La estrategia de APS transversaliza todos los niveles de atención, privilegiando la descentralización y coordinación de funciones. Se jerarquiza el PNA y la prevención primaria como su núcleo central, sustentados en el trabajo en equipo multidisciplinario y en la participación de la comunidad.

El concepto de APS desarrollado en la conferencia de Alma Ata (1978) amplió el modelo médico incluyendo la dimensión social y económica, reconociendo que las acciones de

numerosos sectores y actores de la sociedad civil determinan las perspectivas para mejorar la salud. Se reformuló una forma de organizar toda la atención de salud, considerando tanto la brindada en los hospitales como también desde los hogares, dándole igual importancia a la prevención como a la atención, desafiando a invertir los recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.

La estrategia APS, como se mencionó anteriormente, establece priorizar el PNA y los Equipos Básicos de Salud (EBS) a través de la delimitación territorial de las zonas de salud con una población asignada de referencia, el trabajo en equipo multidisciplinario, la integración de las actividades asistenciales con las de promoción y prevención, así como también el aumento del tiempo de atención. Dicha estrategia destaca que el PNA significa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y es el promotor de los cuidados de salud situándose lo más cerca posible al lugar en que las personas residen y trabajan, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención. Se propuso como un modelo para un sistema que actúe sobre las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de una inadecuada salud de la población.

La aplicación efectiva de dicha estrategia implica ubicar, en el centro del sistema, las necesidades y derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud, potenciando el desarrollo activo de conductas de cuidados y participación social. Asimismo, considera a la SM de los individuos un aspecto esencial en lo relativo al bienestar personal, a las relaciones familiares por ende al desarrollo de las sociedades y los países (OMS, 2008) por lo que propone la integración de la SM en el PNA (OMSWONCA, 2008).

Dicho enfoque de APS sufrió múltiples resistencias: en sus inicios se malinterpretó considerándolo un ataque contra el colectivo médico, también, se confundió al considerarlo como un enfoque centrado exclusivamente en el PNA. Se llegó a plantear que era una propuesta para los “pobres”, de desarrollo “barata” para los países en desarrollo. (OMS, 2008). A estas resistencias se les sumó la coyuntura económica mundial determinada por los procesos de globalización y cambios en las ideologías políticas y económicas que adoptaron las agencias internacionales de salud y que condujeron a la subinversión en los sistemas de salud desfavoreciendo la adopción de la misma. Es importante considerar también, otros obstáculos para su implementación como lo son intereses corporativos (algunas asociaciones de especialidades médicas, la industria farmacéutica y otros grupos de poder) que rechazan el fortalecimiento de la estrategia de APS en tanto sus intereses

se oponen a la reforma de la salud siendo esta una amenaza para el *statu quo* que prefieren mantener.

Independientemente de las causas finales, lo cierto es que tras Alma Ata, la estrategia de APS no ha conseguido lo que sus propulsores se habían propuesto. El concepto se fue ampliando y haciendo más confuso, así mismo, el hecho de que se relacionara con el objetivo de "Salud para Todos en el Año 2000", determinó que se incluyera un amplio rango de resultados que excedían la responsabilidad directa del sistema de salud, como consecuencia, al no ser alcanzada dicha meta, se la asoció al fracaso de la estrategia APS en sí misma. (OPS, 2007). Dentro de los factores identificados como barreras a la implementación efectiva de dicha estrategia, se plantean las dificultades inherentes al sector salud para su transformación desde un enfoque curativo en el marco hospitalario hacia un enfoque preventivo en el marco de la comunidad. Las limitaciones se traducen en sistemas de salud fragmentados, falta de una coordinación adecuada entre las comunidades y agentes locales, escasa cooperación intersectorial y falta de compromiso político. También, podría argumentarse que aquellos aspectos del sistema del PNA que más se necesitan cambiar, como la financiación de la atención de la salud, son los más política y logísticamente difíciles de realizar.

No obstante, actualmente, existe un consenso internacional sobre las dimensiones que componen la estrategia APS, así como también se reconoce que aquellos países que cuentan con un sistema sanitario orientado hacia esta estrategia, son más eficientes, equitativos y obtienen mejores resultados sobre la salud de la población, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas orientados hacia la atención especializada (OPS, 2007)

Ya ha sido demostrado la asociación existente entre un PNA fuerte y los resultados del sistema sanitario en términos de salud, equidad y eficiencia (Macinko, Starfield, & Shi, 2003) favoreciendo un abordaje centrado en la persona como un todo, asumiendo activamente que cada persona forma parte de un contexto familiar, comunitario y social que determina y condiciona su estado de salud. Se plantea como la vía regia para combatir la excesiva fragmentación de proveedores de la atención en salud, así como también la escasa importancia que se le concede a sus determinantes sociales. Es desde la APS que se puede hacer efectivo y eficiente un abordaje transversal de los problemas sanitarios más frecuentes y relevantes, adecuándose a las nuevas formas de enfermar (comorbilidad, fragilidad, cronicidad, etc.). Una atención basada en APS se asocia no solamente con un mejor funcionamiento del sistema de salud en el PNA, los que significa más prevención, sino también una mejor derivación, coordinación y continuidad de la atención que se verá reflejada en una

mejora de la calidad de los servicios generando impactos beneficios para los usuarios, sus familias y el entorno (Casanova & Starfield, 1995).

1.2 Panorama Internacional de la estrategia en APS.

Los servicios de salud en Europa han avanzado fuertemente en la implementación de una estrategia en APS con fortaleza en el PNA (Gervas, 2004). Estos se caracterizan por su universalidad (cubriendo al 100% de la población) y por su financiación mayoritariamente pública. Aquellos países que comenzaron las reformas de sus sistemas de salud basados en esta estrategia en las décadas setenta y ochenta (principalmente los países nórdicos, Reino Unido, España e Italia) han avanzado en la mejora de las características tanto estructurales como de sus prácticas. Sin embargo, a pesar de los beneficios potenciales que ofrece el desarrollo de una estrategia de APS poblacional, los países que la han desarrollado pero cuya implementación en su organización es más débil, en general no han avanzado mucho en mejorar ni la estructura ni la práctica. Los países que cuentan con niveles de fortaleza mayor en el PNA son: Reino Unido, Dinamarca, España y Países Bajos (Macinko, Starfield & Shi, 2003), destacándose que, en los casos para España y Reino Unido, la atención es gratuita. El acceso al sistema sanitario es a través del PNA para los casos de Dinamarca, España, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal y Reino Unido. En estos países los Médicos Generales o también llamados Médicos de Familia¹ son quienes evalúan y valoran en equipo la entrada al sistema sanitario y son filtro (*gatekeeper*) para la atención especializada. La conformación de los equipos del PNA en Europa, denominados por ellos como equipos de Atención Primaria (*Primary Care*) difiere de un país a otro, en general están compuestos por el Médico General o de Familia, siendo el componente central y se le suman, en la mayoría de los casos, pediatras, farmacéuticos, enfermeras de *atención primaria*, fisioterapeutas, podólogos, trabajadores de atención domiciliaria y profesionales de la SM (Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2015)

Según estudios realizados (Gérvas & Rico, 2005; Boerma, 2003; Rico, Saltman & Boerma, 2003; Dooslaer, Koolman & Puffer, 2002) los países con un PNA fuerte que implican la puerta de entrada al sistema con una población asignada y que han obtenido los mejores resultados en salud son: Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia, a diferencia de Alemania, Bélgica, Francia y Suiza, a pesar de ser estos considerados los países más ricos y con el mayor índice de inversión en gasto sanitario. Se plantea que la modalidad de organizar la atención con una población asignada y la función de filtro a una atención

¹ La nominación de “médico general” y de “médico de familia” son intercambiables en Europa, en el Capítulo 2 se amplía información al respecto.

especializada por parte de los médicos del PNA, permiten desarrollar una estrategia de APS fuerte que favorece garantizar las siguientes condiciones: 1) revertir lo que se denomina como “la ley de cuidados inversos”, esto significa que quienes reciben menos cuidados sanitarios son los que lo necesitan más, habiéndose detectado que esta desigualdad es mayor en aquellos sistemas de salud que se caracterizan por estar orientados por las lógicas del mercado más que por las necesidades de los usuarios; 2) proteger a los pacientes a través de la prevención cuaternaria, entendiéndose por ésta aquella en la que el trabajo médico está dirigido a evitar el consumo innecesario de servicios sanitarios, defenderlo del riesgo del sobre-diagnóstico y del exceso de medidas terapéuticas que muchas veces practican algunos especialistas con los pacientes, disminuyendo la intervención médica mórbida, exacerbada e inútil; 3) asociar apropiadamente el alto valor predictivo negativo de los médicos generales al alto valor predictivo positivo de los especialistas; 4) limitar las posibles cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias al derivar apropiadamente al especialista; 5) impedir o atenuar la “dependencia” que generan los especialistas y por último, 6) asegurar una distribución geográfica homogénea de los médicos generales y favorecer el acceso consiguiente a sus servicios en las áreas rurales (Gervas, 2004: 72). Asimismo, los estudios plantean que los médicos con función de filtro, población de referencia a cargo y pago per cápita, ofrecen atención más integral (cuidado de mayor variedad de problemas de salud) que los médicos generales sin función de filtro.

Es decir, a pesar que la estrategia APS desarrollada a través de un PNA fuerte es muy bien valorada por la ciudadanía y que sus resultados la continúan situando entre los modelos de atención con mejor desempeño en los sistemas de salud europeos, existe también un consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos que es necesario dar un impulso a la misma y estar alerta a la constante renovación exigida no sólo por la necesidad de adecuarse a las nuevas formas de enfermar (fragilidad, comorbilidad, cronicidad y enfermedades emergentes), sino también por la persistencia de amenazas dadas por la progresiva pérdida de relevancia que se le da entre las prioridades sanitarias de algunos países (Kringos, Boerma, Hutchinson & Saltman, 2015; Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016).

1.3. La estrategia APS en la Región

En América del Sur, durante las últimas dos décadas del siglo XX, a partir de los procesos de redemocratización y asunción de gobiernos de centro-izquierda e izquierda, se destacaron, en el contexto de las reformas de los sistemas de salud, procesos de revitalización de la APS, reafirmando los principios de la Declaración de Alma-Ata. A partir del año 2000 se fueron

incorporando en las agendas políticas, desafíos para promover la inclusión social en un contexto de grandes desigualdades sociales, siendo la lucha contra la pobreza una prioridad. La inclusión de la previsión social y de la salud como partes de la seguridad social, se introduce como componente principal de la construcción de ciudadanía, así como también la noción de derechos sociales universales, los que hasta el momento estaban restringidos a la población beneficiaria de la previsión (Fleury, 2007).

En lo referente a la salud, se profundizó en reformas con la perspectiva de un sistema único, universal, basado en modelos asistenciales con una estrategia de APS, es decir con un enfoque integral orientado a reducir las inequidades en salud a través de la participación de la comunidad, equipos multidisciplinarios y la acción intersectorial. (Giovanella & Almeida, 2017; Labonté, Sanders, Baum, Schaay, Packer, Laplante et al., 2009). Se observaron algunas diferencias en la implementación de programas de APS de los países de alto, mediano y bajos ingresos. En estos dos últimos, la APS se centró en el acceso a programas de salud materno-infantil mientras que en los países de alto ingreso se centraron en el aumento del acceso a una mayor gama de servicios de salud y en programas integrales que actuaban sobre los determinantes sociales de la salud obteniendo mejores resultados en la salud de la población. No obstante, en la mayoría de los países de la región, la implementación de estas reformas se enfrentó y enfrenta aún a importantes desafíos que se originan, básicamente, en la herencia de modelos de APS enfocados en la reducción del papel prestador del Estado; selectividad en los servicios y elección de sus usuarios; reformas pro-mercado de los sistemas de protección social de la década anterior; contexto de segmentación de los sistemas de salud y profundas inequidades sociales (Soares, 2001; Conill, Fausto, Giovanella, 2010; Acosta, Pollard, Vega & Labonté, 2011).

De un estudio comparado (Giovanella 2015; Giovanella & Almeida, 2017) que analiza el proceso reciente de reformas de APS en los países de Sudamérica,² se resalta que existe una recuperación del concepto y aplicación de APS priorizando sus componentes en cuanto al abordaje a la familia y comunidad, con base territorial, a través de equipos multidisciplinarios, la incorporación de agentes comunitarios de salud y la participación social. Sin embargo, se observa diversidad en los avances para su implementación, así como también en los abordajes de APS desarrollados. El estudio destaca que los problemas se asocian a las directrices políticas, a las modalidades de protección social y la segmentación de los sistemas de salud. Además, se suman otras barreras dadas por la insuficiente oferta de médicos, dificultades para la provisión y contratación de estos en zonas remotas y periféricas, así como

² El estudio se realizó en 12 países de la Región: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.

precariedad de los vínculos contractuales y ausencia de especialización, con algunas iniciativas recientes de intervención estatal en el direccionamiento de la fuerza de trabajo para el sistema público. En la tabla 1 se puede observar la proporción de médicos que trabajan en el PNA cada 1000 habitantes según los países sudamericanos.

Tabla 1: Total de médicos del PNA cada mil habitantes según países sudamericanos.

País	Número de Médicos c/1.000 habitantes
Argentina	3,9 (2013)
Bolivia	0,5 (2014)
Brasil	1,9 (2013)
Chile	2,0 (2013)
Colombia	1,7 (2011)
Ecuador	1,7 (2012)
Guyana	0,9 (2013)
Paraguay	1,3 (2010)
Perú	1,1 (2012)
Suriname	1,0 (2010)
Uruguay	4,5 (2011)
Venezuela	3,8 (2010)

Fuente: : Giovanella, 2017 ³³.

1.3.1 Algunas experiencias destacadas: Chile y Brasil

La reforma iniciada en Chile a principios de la década actual, intentó poner la APS como eje, buscando construir un sistema de salud centrado en un Enfoque Familiar, con una atención altamente resolutiva, capacidad para resolver tanto las emergencias así como también el desarrollo de acciones de promoción y prevención, con un equipo de salud familiar y comunitario “de cabecera” responsable de resolver en forma integral y ambulatoria la mayor parte de los problemas de salud de su población asignada. Sin embargo, su implementación y desarrollo presenta hasta el momento, un nivel de desarrollo limitado. (Ministerio de Salud de Chile, 2010; Montero, Téllez & Herrera, 2010).

A través del Sistema Nacional de Servicios de Salud se cubre aproximadamente al 70% de la población con una red de 29 Servicios públicos de Salud Regionales. El PNA es cubierto por el Sistema Municipal de Atención Primaria teniendo bajo su responsabilidad la salud de alrededor del 70% de la población nacional. El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile es el que garantiza a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y el que establece las normas técnicas de funcionamiento. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas

que se acogen al plan de beneficios denominado “Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas” (AUGE). Es un Programa Integral de Salud, que prioriza un grupo de patologías frente a las que se beneficia a todos los asegurados y que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 80 problemas de salud, dentro de los que destacan cáncer en niños, cáncer de mama, leucemias, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA, diabetes, etc. En lo que refiere a los problemas de SM, incluye 4 prioridades: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Depresión y consumo perjudicial de alcohol y drogas. El grupo de problemas y/o patologías en salud se seleccionan e incorporan a este plan de acuerdo con su importancia sanitaria, la efectividad del tratamiento, el impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas (Becerril-Montekio, Reyes & Manuel, 2011).

Para la mayoría de la población, la cobertura en el PNA ha aumentado gradualmente, pero se plantea todavía insuficiente en lo cuantitativo y en algunas comunas hay heterogeneidad en cuanto a la calidad de la oferta (Montoya Aguilar, 2008). Uno de los factores que explica dicha diversidad se le atribuye a la municipalización del PNA, iniciada por el gobierno militar y consolidada en la Ley 19 378, de abril 2005, que en lugar de potenciar la descentralización y la participación comunitaria en el sistema, ha incrementado el gasto administrativo y la dificultad de mantener la calidad y la efectividad de las acciones en salud, aumentado la inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría de los más pobres (Bass, 2012). El hecho que el PNA esté fuera del sistema, lo ubica en una posición desventajosa en términos administrativos financieros con relación a los Hospitales y otros servicios ambulatorios, obteniendo sumas limitadas de recursos per cápita a diferencia de los que sucede con los hospitales públicos que reciben recursos, en gran parte, por acto realizado. Otro aspecto, no menor que interfiere en el fortalecimiento del PNA y el desarrollo de la estrategia en APS es la carencia de médicos especializados para trabajar en el PNA (Román, Pineda & Señoret, 2007; Montero et al., 2010). Un informe de la Academia de Medicina del Instituto Chile (Montero, Rojas, Castel, Muñoz, Brunner et al., 2009) alerta sobre la falta de interés de los médicos formados en Chile por trabajar en el PNA, refiere como posibles causas de este hecho por un lado, la carencia de políticas de desarrollo del recurso humano en cuanto a la falta de plazas, carencia de carrera funcionaria e incentivos adecuados y sistema de remuneración variable; por otra parte, la falta de espacios de formación continua y fallas del sistema formador, por su predominio hospitalario e insuficiencias curriculares.

Para el caso de Brasil, el país comenzó su reforma sanitaria en la década de 1980, como parte de la lucha por la democracia. Es decir, su reforma sanitaria ya supera las tres décadas, alcanzando la garantía constitucional del derecho universal a la salud y la construcción institucional en 1988 del Sistema Único de Salud (SUS). La legislación brasileña realizó cambios que reforzaron la autoridad administrativa local, se iniciaron nuevos programas de

APS, como la capacitación a gran escala y el apoyo a los trabajadores comunitarios de salud conocido como el *Programa Agente Comunitário de Saúde*. Años más tarde, en 1994, se integró al *Programa Saúde da Família* (PSF), que es un programa nacional financiado por el Gobierno, cubre a 50 millones de brasileños (40% de toda la población), tiene como objetivo reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, sustituyendo el modelo tradicional de asistencia dirigido hacia la cura de enfermedades y al hospital. El mismo se conforma por unidades básicas de salud de la familia, que son la “puerta de entrada” del usuario al sistema sanitario. Dichas unidades se responsabilizan del cuidado de la salud de un determinado grupo poblacional que vive o trabaja en su área geográfica, están vinculadas a la red de servicios de mayor complejidad, garantizando a individuos y familias una atención integral. Estas a su vez, cuentan con equipos de apoyo como son: servicios ambulatorios especializados e infraestructura de laboratorios para la solución de situaciones o problemas identificados en la atención básica. El trabajo lo desarrollan equipos multiprofesionales, integrados por: médico, enfermera, auxiliar de enfermería y entre cuatro a seis trabajadores comunitarios de la salud. (Machado & Pereira, 2000). Sus logros han sido importantes para la reducción de la mortalidad infantil y disminuir las tasas de hospitalización. Su singularidad se basa en el alcance nacional que presenta y la inclusión, dentro de sus equipos, de trabajadores comunitarios de la salud remunerados. (Macinko, de Souza, Guanais & da Silva Simoes, 2007; Escorel, Giovanella, de Mendonça & de Castro, 2007).

1.3.2. La situación de Uruguay

A partir del 2005, Uruguay inició un proceso de transformación del sistema de salud sin precedentes en la historia del país: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Para su concreción se aprobaron cinco leyes³ fundacionales entre el 2007 y el 2012. La creación del SNIS (2007) introdujo un cambio estructural que dio respuesta a las graves deficiencias que tenía el sector, como ser: segmentación social en la cobertura, fragmentación y duplicación de los servicios, modelo de atención asistencialista y con lógicas preponderantemente de mercantilización de las prestaciones. De esta manera, definió programáticamente avanzar hacia un sistema de salud integrado, único, orientado a racionalizar las prestaciones y recursos en salud, con una propuesta de enfoque de derechos,

³ Leyes SNIS: 1. N° 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 05/2007; 2. N° 18.161 Descentralización de ASSE 08/2007; 3. N°18.211 Creación del SNIS y el SNS 12/2007; 4. N° 18.731 Incorporación de nuevos colectivos al SNS y Devolución FONASA 01/2011; 5. N° 18.922 Incorporación de nuevos colectivos-Modificación 12/2012.

basado en la estrategia de APS. Entre los objetivos del SNIS (Ley 18.211/2007, Artículo N° 4) se destacan:

“A. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.”

La reforma permitió asegurar la cobertura universal al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), paquete de servicios integrales alcanzando en el 2016 al 73% de la población (2.535.598 habitantes) a través de la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA); y los restantes 900.000 habitantes tienen asegurado el mismo Plan de beneficios a través de ASSE. (MSP, 2017).

Actualmente el sistema sanitario tiene una composición mixta donde confluyen el subsector público y el subsector privado sin fines de lucro y los seguros privados, dando opción a los asegurados de elegir entre 42 instituciones. En la tabla 2 se presenta la distribución de los servicios sanitarios a nivel nacional.

Tabla 2. Distribución de los servicios de salud según prestador (a Junio 2017)

-Sector privado sin fines de lucro - (57%) Representado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) muchas devenidas en 2012 en Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) sin fines de lucro.
-Seguros privados: (2%)
-Sector público: (39%) Lo conforman la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE, 35,68%) que articula con otros efectores públicos: Servicios municipales (1,4%), Sanidad Policial, Sanidad Militar (6,9), Banco de Previsión Social- BPS (0,2%), Banco de Seguros del Estado - BSE, etc.
-Sin cobertura 2%.

Fuente: Atuservicio.Uy, 2017

En cuanto a los recursos humanos, el número global de médicos por habitantes es de los más altos de la región (4,76 cada 1.000 habitantes en 2015), pero persisten desigualdades en su distribución geográfica. Mientras en Montevideo hay 83,2 médicos cada 10.000 habitantes, en el Interior esta cifra desciende a 24 por cada 10.000. (Sollazo & Berterreche, 2011). Otro problema importante es el multiempleo médico y su impacto sobre la calidad asistencial, en una encuesta realizada en el marco de la IX Convención Médica en el año 2014, se conoció que 80% de los médicos del Uruguay están afectados por el multiempleo y que estos trabajan alrededor de 80 horas semanales en promedio

La creación reciente de cargos y funciones de alta dedicación pretende constituirse en una solución a este problema. En la relación médico/licenciados de enfermería la situación es de cuatro médicos por enfermero y representa una distorsión importante en lo que debiera ser la conformación esperada de los equipos de salud, ya que estos deberían tener un médico cada cuatro enfermeras. En el año 2015, el número de enfermeras y parteras fue de 2,8 cada 1.000 habitantes. (OPS, 2017).

Lo planteado muestra que aún el avance en la aplicación de la estrategia de APS en el sistema de salud uruguayo se encuentra en un nivel teórico más que concreto, especialmente en lo que refiere al subsector de salud privado. Se identifican dificultades en la evaluación y control de acciones para su desarrollo y fortalecimiento, requiriendo afirmar la función reguladora del MSP (Sollazo & Berterreche, 2011). Asimismo, del informe de evaluación "*A 10 Años de Iniciada la Reforma de Salud*" (MSP, 2017), surge con relación al componente "recursos humanos en salud" la necesidad de diseñar sistemas de evaluación y monitoreo de su desempeño, estimular la participación activa de las instituciones formadoras incorporando las perspectivas del cambio de modelo, disminuir el desempleo y mejorar las condiciones de trabajo para asumir el compromiso y la alta dedicación de todo el equipo de salud. En relación a la referida falta de Lic. en Enfermería, surge del informe la posibilidad de generar condiciones para estimular la profesionalización de Auxiliares de Enfermería existentes, así como también mejorar la distribución funcional y territorial de las mismas.

Por todo lo expuesto, se observa que en los últimos treinta años se han realizado reformas de los Sistemas de Salud en la mayoría de los países de las Américas, entre las razones que han determinado las mismas se destacan: a) servicios ineficientes y de escasa calidad, b) desarrollo de nuevas tecnologías, c) aumento de los costos, d) restricciones en los presupuestos públicos y e) cambios producidos en el rol del Estado.

A pesar de las grandes inversiones realizadas, los resultados de la mayoría de las reformas han sido limitados, contradictorias e incluso negativos en lo que se refiere a la mejora de la salud y la equidad (Homedes & Ugalde, 2005; Kekki, 2004; OPS, 2003)

Entre los desafíos importantes a los que se enfrentan los sistemas de salud basado en la APS, se destaca la importancia en la gestión de los recursos humanos formados de la región, imponiéndose la planificación y diseño en la gestión de los mismos.

El documento de posición elaborado por el Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS (OPS, 2005: 26) titulado: “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, los ilustra de forma detallada de la siguiente manera:

“Recursos humanos en las Américas: principales desafíos:

- *Los profesionales de salud tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales.*
- *El número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal.*
- *El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.*
- *Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y en grandes urbes.*
- *No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión.*
- *La formación de pregrado y postgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS.*
- *La migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la Región.”*

Ahora bien, en este escenario complejo ¿cuál es la realidad en relación al nivel de integración del componente SM aplicando la estrategia de APS, en las consultas del PNA?

1.4. La Salud Mental en la estrategia APS.

1.4.1. Evolución de las políticas de SM. Recomendaciones de los Organismos Internacionales.

En materia de SM, transcurrieron 12 años desde Alma Ata para que las definiciones sobre el abordaje a los problemas de esta área se desarrollaran de forma alineada a los principios que

refiere la estrategia APS. A partir de la Declaración de Caracas, se obtiene un compromiso de los países miembros de la OMS de: a) proteger los derechos humanos de los enfermos mentales, b) favorecer la continuidad en los tratamientos, c) creación de estructuras intermedias a la hospitalización (Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales - UPHGs), d) centros comunitarios, e) hogares protegidos, f) creación de casas de medio camino y h) creación de hospitales de día. Así mismo, se hace hincapié en la promoción y prevención de la SM de la población, incorporándola en el PNA. (Larrobla, 2000).

La Declaración de Caracas (1990) fue determinante, siendo un hecho histórico para la SM en las Américas a partir del lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. (González Uzcátegui & Levav, 1991). En ella se hacía hincapié que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizados, con perspectiva integral, continua, preventiva, participativa y basada en la comunidad. Es decir, se plantea la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la estrategia de APS que permita la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales. A nivel de la organización se propone la necesidad de privilegiar sistemáticamente la asistencia en Centros de Salud (CS) no especializados fuera de los hospitales, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas, haciendo foco en las necesidades del usuario, enmarcada en los principios de la atención escalonada, considerando los problemas prioritarios y recurriendo a una red de servicios comunitarios de SM interrelacionados. Dicha red está conformada por: Centros de atención en SM en el PNA, atención ambulatoria y hospitalización de corta estadía en hospitales generales, centros de rehabilitación psicosocial (de atención diurna), apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y/o viviendas subvencionadas, etc.

Pasada una década, con el fin de reducir las deficiencias de tratamiento en la SM y contribuir a su promoción, la OMS (2001) ratifica el compromiso asumido en Caracas y realiza diez recomendaciones⁴, una de ellas es hacer que el tratamiento para SM sea accesible en el PNA a través de la participación de equipos de salud general en el abordaje y resolución de muchos problemas simples y comunes de tipo psicosocial, adoptando un enfoque integral que facilite las interrelaciones entre los aspectos físicos y mentales. Otro de los aspectos en los que se hizo hincapié fue en la necesidad de formación del recurso humano en SM en cuanto a

⁴ Mayor información de la totalidad de las recomendaciones realizadas consultar la publicación de OMS (2001, p:110-112)

priorizar la formación en un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, desestimulando la permanencia de estructuras cerradas, monovalentes. Entre esas iniciativas sobresalen las relativas al desarrollo de instrumentos tendientes a la incorporación del componente SM en el PNA y la prestación de colaboración técnica a fin de apoyar programas en la comunidad, particularmente en aquellos países en que son escasos los recursos humanos y financieros.

En los informes de OMS de los años 2004 y 2005 sobre la “Salud en el Mundo” (OMS, 2008), se insiste en que la SM es más que la ausencia de enfermedad y que su presencia está íntimamente conectada con la salud física. En el año 2006 se publica el Manual de Recursos de OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación cuyo lema en su portada ilustra: “*Sí a la atención, no a la exclusión*” (OMS,2006, p:3), en el mismo se establecen recomendaciones para proteger los derechos humanos en el contexto de los sistemas de salud de la población usuaria con problemas de SM, en particular el derecho de las personas con trastorno mental grave, a ser incluidos en la comunidad y a vivir de forma independiente. Considerando de esta manera la realidad histórica a nivel mundial de la carga de estigma y discriminación que conlleva la enfermedad mental y el sufrimiento psíquico, manifestados a través de estereotipos, miedo, vergüenza, rechazo y exclusión. Esta perspectiva visibiliza el hecho que las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos y libertades básicas.

En el año 2009, el Consejo Directivo de OPS reconociendo la importante carga que representan los trastornos mentales, así como también las dificultades que presentan las personas con sufrimiento psíquico para recibir el tratamiento que requieren, da otro paso fundamental a través de la definición de la Estrategia y Plan de Acción sobre SM, construyendo una guía para el desarrollo de servicios de salud en América Latina y el Caribe. (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Andrade, Vicente, Saxena et al., 2005). El documento plantea como una de las líneas estratégicas fundamentales para avanzar hacia una cobertura de atención integral en salud y reducir la brecha de tratamiento, la continuidad en la reforma de los servicios de SM, con especial énfasis en la integración de este componente en el PNA.

Más adelante, en el año 2013, OMS publica el Plan de Acción sobre Salud Mental para el período 2013 - 2020 en cuyo prólogo su Directora, M. Chan ratifica la idea sobre la importancia del bienestar mental como componente fundamental de la definición de salud que la OMS propone. Refiere al respeto: “*La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad.*” (OMS, 2013: 7). Reconoce también, que queda un largo camino por recorrer para que esto sea tenido en cuenta en los sistemas sanitarios, en

tanto aún permanecen: a) el descuido y una injustificada marginación de los servicios para la atención a los problemas de SM de las poblaciones, b) persisten las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, lo que deja en evidencia la falta de avances en la materia. El Plan mencionado propone metas para dar una respuesta oportuna e integral a dichos problemas, haciendo hincapié en que “no hay salud sin salud mental”, recalcando que es imprescindible considerar el impacto social y económico que significan los problemas relacionados con la SM. Se destaca, además, que las nuevas demandas y problemáticas de grupos específicos como lo son aquellos en condiciones de pobreza extrema, migrantes cuyos desplazamientos son producto de las guerras, y el incremento de la violencia determinan el aumento de la morbilidad en la infancia y adolescencia, generando nuevos desafíos a ser considerados en el diseño de las respuestas del sistema sanitario.

Siguiendo la cronología, tres años más tarde OMS (2016) refuerza lo antedicho, fundamentando de manera pública las razones de índole económica para invertir en trabajadores sanitarios y en SM. Resalta que el principal testigo de los compromisos históricos adquiridos fue la “Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud” y todos los países participantes en ella. En su declaración se reitera el reconocimiento que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible de las poblaciones y combina a integrarlos en el diseño de estrategias de promoción de salud de la Agenda al 2030.

No obstante, lo mencionado anteriormente, a pesar que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y los problemas de SM constituyen importantes problemas de salud pública, investigaciones realizadas en los últimos años (Turpin, Richards, Hope & Duffy, 2008; OMS, 2008, Pathare, Brazinova & Levav, 2018) con relación a sus repercusiones, prevalencia y costos asociados demuestran que se continúa subestimando su magnitud. Persisten serias limitaciones para la superación del modelo asilar y la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de SM.

1.4.2. ¿Qué se entiende por Salud Mental?

La SM ha sido definida de diversas maneras, siendo complejo alcanzar un consenso universalmente válido si se considera en ello la perspectiva transcultural. Su denominación ha estado asociada tanto a los aspectos referidos al bienestar de las personas, así como también al malestar y las manifestaciones psicopatológicas (trastornos mentales también llamados trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento), generando muchas veces confusión y discrepancias importantes entre las terminologías asociadas a las clasificaciones internacionales y la práctica clínica en los diferentes contextos (Cuesta, Saiz Ruiz, Roca &

Noguer, 2016). Esto trae aparejado determinados obstáculos metodológicos y teóricos para el conocimiento del estado de la SM de las poblaciones y desde allí la definición de estrategias a implementar para su promoción, prevención y abordaje. (Augsburger, 2004). Dichas dificultades se agudizan si se considera, como bien lo refiere R. Teixeira (2005), que no siempre están claramente definidas las fronteras entre los “problemas de la vida” y la “patología” objetivamente definida, análisis fundamental a la hora de diseñar respuestas que es evidente no pueden ser exclusivamente provenientes del sistema sanitario. La OMS ya lo anunciaba en el preámbulo de su Constitución en 1948⁵, sentando las bases para una relación constante e inseparable entre SM y salud, de la siguiente manera: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS,1948:1). Igualmente, pareció necesario reforzar el concepto generando una definición específica describiéndola como *“el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.”* (OMS, 2004 :7).

En este sentido, es válido reconocer y alertar al lector, que la precisión semántica que se ejerce en el presente estudio, al nominar “salud mental”, adhiere, como bien lo refiere Saforcada (2006), sobre el riesgo del malentendido en el uso del término, en tanto implica, inevitablemente separar la salud de lo mental y, por ende, refuerza la concepción dicotómica cuerpo-mente. Se parte del entendido que es imposible pensar que haya algún emergente del proceso de salud que no sea mental y que la misma es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países.

A los efectos del presente estudio, se hará referencia a los problemas de SM desde la perspectiva comunitaria, considerando, dentro de este espectro, todas aquellas manifestaciones que implican sufrimiento psíquico para la persona, aunque no hayan sido definidas o no puedan definirse como entidades psicopatológicas (Obiols & Stolkiner, 2012). Es decir, se incluyen las manifestaciones consideradas en los diagnósticos formales de los manuales de clasificación internacional, para este caso, los trastornos que cumplen criterios diagnósticos formales según la “Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10”, por ejemplo, episodio depresivo mayor, fobia, etc., así como los llamados problemas de menor complejidad, como la presencia de síntomas inespecíficos: angustia, tristeza, ansiedad, etc.

⁵ Ya en 1948, el primer Director General de la OMS, George Brock Chisholm, sugirió la creación de la Federación Mundial de la Salud Mental en sustitución del existente denominado *Comité Internacional en Higiene Mental*, buscando con este cambio, dar un nuevo enfoque donde el énfasis ya no esté puesto en la calidad de la atención a pacientes psiquiátricos, sino en la necesidad de proteger y fortalecer la salud mental de las poblaciones. Plantea como nuevo propósito promover entre todos los pueblos y naciones el nivel más alto posible de salud mental en sus aspectos biológicos, médicos, educativos y sociales más amplios. (Brody, 2004).

La Salud Mental Comunitaria (SMC) refiere a una nueva forma de organización de los servicios que determinó el pasaje de la denominación de los servicios de psiquiatría por los servicios de salud mental. Este cambio significó una nueva formulación de las políticas asistenciales, implicó como lo refiere Benedetto Saraceno (1999) tres grandes desplazamientos que reflejan las transformaciones en las estrategias de intervención: 1. del “*sujeto enfermo*” a la “*comunidad*”, 2. del “*hospital*” a los “*centros comunitarios*” y 3. del “*Psiquiatra*” al “*Equipo de Salud Mental*”. Estos desplazamientos exigen el desarrollo de nuevas acciones y competencias, como ser: diagnóstico comunitario, definición de población o grupos de riesgo, integración de los tres niveles de atención en un proyecto terapéutico individualizado, diseño de respuestas no solo a la demanda que acude al sistema sino también para aquellos que no acceden, en tanto importan los casos que prevalecen y no solo aquellos que piden/buscan ser atendidos. Se suma en esta concepción, el reconocimiento de la importancia de la función que cumple la comunidad en el proceso de salud-enfermedad-cuidados, no solo como usuarios potenciales sino como protagonistas de su proceso de recuperación y como agentes de salud, generando alianzas y localizando los recursos necesarios de manera conjunta.

Este cambio, reafirma la comprensión integradora del enfermar y plantea a la SM como una acción sanitaria de la cual las perspectivas de la psiquiatría y la psicología son una parte. En este marco, el modelo comunitario de SM también exige que se traspase la perspectiva de los niveles de atención y las estructuras organizativas de salud, en tanto la red de SM se construye desde el modelo y no desde los puntos de atención o nodos (Desviat & Moreno, 2012). Es decir, la complejidad no está determinada por la infraestructura sino por las respuestas efectivas que ofrezca la red organizada, considerando la realidad del territorio y la demanda del usuario, su familia y comunidad. Dicha perspectiva habilita a reordenar las prácticas partiendo de la base de la necesidad de crear redes complejas integrando los recursos formales (salud) y los informales y así garantizar la continuidad de cuidados, dándole un lugar prioritario a la comunidad.

En este contexto, es clara la potencialidad que tiene el PNA en lo que refiere a la responsabilidad del sector salud para la promoción y abordaje de la SM, en tanto se constituye en un espacio privilegiado para la recepción de estas necesidades de la población, habilitando a la producción de prácticas basadas en el principio de integralidad (Dimenstein, Fernandes dos Santos, Brito, Kalliny Severo; Morais, 2005). Integralidad que exige redefinir el concepto de interdisciplina, como una metodología de trabajo y un marco conceptual que reconoce la incompletud de las herramientas ofrecidas por cada una de ellas, legitimando la necesidad de la multirreferencialidad teórica para la comprensión y el abordaje de los problemas en los procesos de salud-enfermedad-cuidados. En este sentido, es muy pertinente la propuesta de

Almeida Filho (2013) con respecto al uso del concepto “prácticas integrales de salud-enfermedad-atención”, haciendo referencia a la necesidad de considerar la multidimensionalidad y la complejidad del objeto de salud.

Por lo tanto, el PNA es considerado como el espacio privilegiado para la detección oportuna y el diseño de respuestas que rompen con las dicotomías salud/SM, con la lógica hospitalocéntrica y de las especialidades. Se fundamenta, en este sentido, la importancia de la acción multiprofesional y la articulación intersectorial de los Equipos de Salud (ES) del PNA por ser estos la puerta de entrada, como lo refiere Texeira (2005), *“no sólo para la red de servicios de salud, sino para una multiplicidad de otras demandas sociales, que acaban por traducirse en demandas de salud o simplemente se presentan allí por la ausencia de otros espacios sociales de expresión”* (pág.: 592).

1.4.3. Magnitud del desafío: la carga de los problemas de SM a nivel internacional.

El “Informe de la Salud Mental en el Mundo” de la OMS (2001) resalta que entre el 76% y 85% de la población que presentan trastornos psiquiátricos no han recibido tratamiento en los servicios de salud. Dicha brecha en la atención genera que la carga asistencial, entendiéndose por la misma la medida de la pérdida de salud que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones (Velásquez, 2006 citado en Estudio de Carga Global de Enfermedad, MSP, 2010), recaiga sobre los familiares o usuarios determinando que la situación se agrave por el descenso en el nivel social que provoca el tiempo del curso de la enfermedad. Asimismo, plantea que 4 de las 10 principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD⁶) pertenecen al campo de la SM, ocupando el primer lugar el trastorno depresivo unipolar (con una tasa de 12% a escala mundial) (Caldas de Almeida, 2005). Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos (OMS, 2008). La dimensión del problema se evidencia, según estimaciones recientes en población general, en que 1 de cada 4 personas experimenta un trastorno mental común y entre 0,5 y 1% sufre de un trastorno mental grave (Roca, Gili, García, Salva, Vives et al, 2009).

⁶ El AVAD, es una medida de la brecha sanitaria que amplía el concepto de los años de vida potencial perdidos por muerte prematura para incluir los años equivalentes de vida sana perdidos en aquellas personas que padecen mala salud o discapacidades. Un AVAD representa un año de vida sana perdido. También permite medir la brecha entre el estado actual y la situación ideal en la que las personas viven hasta la vejez sin presentar enfermedades ni discapacidades (Murray & López, 1996).

Las cifras que brinda la OPS (2007) son de gran impacto: 450 millones de personas en el mundo están afectadas por trastornos mentales. El paralelismo realizado por el Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la OMS, Benedetto Saraceno, lo dimensiona de tal forma que impacta aún más: *“Esto equivale a la suma de las poblaciones de Argentina, Brasil, Chile, México, Ecuador, América Central y el Caribe de habla inglesa”* (pág.:10). La perspectiva se *agrava* y agudiza más aún, si se considera que un millón de personas se suicida cada año y está estimado que cerca de 1,4 millones de personas mueren víctimas de la violencia (OPS/OMS, 2014).

Si se traduce lo mencionado anteriormente a una lógica de costos económicos, para el caso de Inglaterra, por ejemplo, está analizado que las enfermedades mentales implican un costo financiero estimado de más de 77 mil millones de libras (Lindley, Halloran, & Hoadley, 2001), y esta cifra se duplica una vez que se incluye la calidad de vida asociada a los costos de la atención y la pérdida de productividad. De hecho, si se relaciona con la enfermedad cardiovascular, el cáncer de mama y la diabetes, el costo total para la economía de los problemas de SM es mayor. A esta dimensión se le debe sumar el significativo impacto en las familias de las personas con problemas de SM, muchos de los cuales actúan como cuidadores no remunerados. Aunque es más difícil de cuantificar, también se ha argumentado que las enfermedades mentales impactan en el capital social de un país a través de la pobreza y la exclusión social, en tanto pueden reducir las posibilidades de empleo e incrementen el contacto de los pacientes con el sistema judicial. Asimismo, existen otros costos incalculables, que no se tienen en cuenta, como aquellos que se derivan de las oportunidades perdidas para los sujetos con enfermedad mental y sus familias.

En cuanto a la realidad de las poblaciones de América Latina y el Caribe, el informe de OMS sobre la Carga Mundial de Morbilidad (2004) destaca: a) la creciente carga de trastornos mentales que las afecta, b) las dificultades que existen para conocer su prevalencia y c) la brecha de tratamiento que expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben, en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces.

Las afecciones psiquiátricas y neurológicas que explican los AVAD observados en la región manifestaron, en el periodo de 1990 al 2002, un ascenso del 8,8% al 22,2%. (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, et al., 2005; OPS, 2013). Los estudios epidemiológicos realizados en Brasil, Chile, México y Puerto Rico, refieren que los trastornos que más afectaron, para el caso de adultos, fueron: depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad generalizada y abuso o dependencia del alcohol. En cuanto a la brecha asistencial, el informe plantea que más de la tercera parte de las personas con una psicosis no afectiva, más de la

mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y alrededor de tres cuartas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol, no recibieron ningún tratamiento de los Equipos de SM (ESM) en el sistema de salud formal. La situación es aún más grave si se analiza la brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia que es mayor que en los adultos. Cerca del 20% de los niños y adolescentes presentan signos de sufrimiento psíquico, muchas veces traducidos en trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los ESM (OMS, 2003). Dicha realidad refuerza las necesidades de intervenir tempranamente, más aún, si se toma en cuenta el hecho que 50% de los problemas de SM del adulto comienzan en esta franja etaria. En la tabla 3 se presenta la prevalencia descrita y la brecha de tratamiento según trastorno para la Región.

Tabla 3.- Prevalencia media y brechas de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (2005)

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos)	Brechas de tratamiento (%)
Psicosis No Afectivas	1,0	37,4
Depresión Mayor	4,9	58,9
Distimia	1,7	58,8
Trastorno Bipolar	0,8	64,0
Trastorno de Ansiedad	3,4	63,1
Trastorno de Pánico	1,0	52,9
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1,4	59,9
Abuso o dependencia de alcohol	5,7	71,4

Fuente: Kohn, et al., 2005

1.4.4. La situación de Uruguay en materia de Salud Mental.

Para el caso específico de Uruguay, son pocos los estudios en relación al conocimiento sobre los problemas en SM que afectan a su población. Sin embargo, existen datos que dan cuenta de su alta incidencia y permiten inferir las dificultades existentes para ofrecer respuestas oportunas. El alto índice de suicidios lo revela ocupando uno de los primeros lugares en la región, la tasa de suicidios consumados del año 2016 fue de 20,37 cada 100.000 habitantes (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa, Heuguerot et al., 2017), siendo que la tasa más baja a nivel internacional es de 13 muertes cada 100.000 habitantes. Los estudios nacionales refieren que en la mayoría de los casos se identifican como desencadenantes los eventos estresantes y acontecimientos vitales dolorosos como ser pérdidas afectivas y laborales, violencia, desafiliación, abuso, problemas de convivencia y conflictivas familiares. Por otra parte, del

estudio sobre la Carga Global de Enfermedades (CGE) realizado en el año 2010, por el Ministerio de Salud Pública (MSP) uruguayo con relación a los AVAD, surge que entre las 10 principales causas se encuentra la depresión unipolar y el uso abusivo del alcohol (MSP, 2010 Estudio CGE). Además, la Tercera Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 2013) muestra que 14,9% de los adolescentes y jóvenes uruguayos entre 12 y 29 años, consultaron por lo menos una vez a un profesional de salud mental en el último año. Consultados estos jóvenes sobre su estado de ánimo, 9,7% del total de los encuestados, manifiesta haberse sentido triste o desesperado durante dos semanas seguidas o más, siendo más elevado el número de mujeres (11,7%) que de varones (7,8%). El informe observa que la proporción de consultas psicológicas de adolescentes y jóvenes durante el último año (previo al estudio) es mayor para los adolescentes y disminuye a medida que avanza la edad. También, plantea que a medida que incrementa el nivel de ingresos per cápita, se eleva correlativamente la utilización de estos servicios, la concurrencia a psicólogos o psiquiatras es casi el doble para el quinto quintil (28,3%) que para el primer quintil (15,9%).

Otra inferencia que se puede realizar para conocer la carga de los problemas de SM de los uruguayos, se puede obtener de los estudios sobre la evaluación del consumo de las benzodiacepinas, que actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos. Se usan en medicina para tratar la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos, pesentando una alta probabilidad de desarrollar dependencia, síndrome de abstinencia y alteraciones cognitivas. Uno de los estudios (Speranza, Domínguez, Pagano, Artagaveytia, Olmos, et al., 2015; Bielli, Bacci, Bruno, Calisto & Navarro, 2017) plantea que el prescriptor debería considerar que podría estar generando una farmacodependencia innecesaria y de difícil manejo. Dichas investigaciones arrojan datos que permiten considerarlo un problema de salud pública por su elevado consumo y uso prolongando, más allá de los plazos usualmente recomendados. El estudio abarcó a más del 60% de la población uruguaya y se observó que entre 7,4% y 11% de la población consume una dosis diaria definida de una benzodiacepina.

1.5. Obstáculos para dar una respuesta integral

Las principales barreras que se detectan para dar una respuesta integral a los problemas de SM por parte de los ES, refieren al estigma, desconocimiento y poca sensibilidad frente a los problemas de SM de los gestores, otorgándole baja prioridad y reforzando la tradicional división entre esta y la salud física. La divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es elevada en la mayoría de los países, agravándose el problema por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. Dicha divergencia es fundamentada

principalmente por la sobrecarga de los equipos del PNA, la ausencia de protocolos y guías clínicas que definan mecanismos de articulación recíproca entre PNA y el equipo especializado. Otros obstáculos son determinados por el tiempo prolongado que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada generado no solo por el miedo, el estigma o el desconocimiento de los beneficios de la atención en SM, sino también por la falta de coincidencia, mencionada anteriormente, entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

Como ya se ha expuesto, las líneas estratégicas de acción para combatir dichas barreras se centran en la importancia de integrar en la formación profesional de pre grado, posgrado y de la educación continua, la consideración del componente de SM en las curriculas asumiendo las recomendaciones de las políticas de integración del abordaje de los problemas de SM en los servicios generales de salud, específicamente en el PNA.

Uruguay, desde hace más de una década, viene incorporando cambios sustanciales en su sistema sanitario, lo que se concretó, como se enunció previamente, con la implementación del SNIS en el 2007. El mismo pone en marcha el compromiso asumido en Alma Ata (1978) y en la Declaración de Caracas (1990), sobre la aplicación de la estrategia de APS con especial énfasis en el fortalecimiento del PNA y la integración de la SM en el mismo (OMS/WONCA, 2008). Su orientación considera a la salud como su objetivo primordial, al sujeto formando parte de un contexto socio-económico-cultural el cual actúa como factor determinante en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, a pesar de estas consideraciones en las que se acuerda que la SM de los individuos es un aspecto esencial en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y por ende al desarrollo de las sociedades y los países, aún persiste la dificultad para que una pequeña porción de la población tenga acceso a estos cuidados en el PNA (OMS, 2001).

Simultáneamente, las transformaciones en las condiciones de vida actual de las comunidades, determinadas por los cambios económicos, sociales y tecnológicos, en las que imperan procesos de desafiliación y quiebre en los lazos sociales, generan un nuevo perfil en la demanda a los servicios de salud. El incremento de la violencia, inequidad y exclusión social, implican una mayor responsabilidad de la salud comunitaria, desafiando el desarrollo de nuevas teorías y prácticas para enfrentar las nuevas situaciones. Dicha situación se agudiza en tanto se considera el rechazo tradicional manifestado a través del estigma que conlleva los problemas en SM y la escasa atención que se le presta a la carga de las enfermedades mentales (Larrobla, 2007; Acuña & Bolis, 2005; OMS, 2004) así como también a las posibilidades exitosas de su resolución por medio de modelos alternativos de atención. En este contexto, la consideración del componente de SM en las consultas del PNA es

fundamental. Algunos estudios indican (Beltrán, Salleras, Camps, Solanas, Igual, et al., 2001; OMS/WONCA, 2008) que los profesionales que trabajan en este nivel de atención poseen formación y destrezas que son inadecuadas para la detección y tratamientos de las personas con problemas de SM. La adecuación y el diseño de los componentes de la formación de los recursos humanos en salud alineados a la estrategia de APS son fundamentales.

La implementación del SNIS y su puesta en práctica, ha priorizado como eje central al médico de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) como referente de la salud integral de la población y administrador de la puerta de entrada al sistema sanitario. Este reto supone intrínsecamente la adquisición de saberes y destrezas en la formación y desarrollo de su práctica para la valoración y manejo de las diferentes situaciones clínicas que se le presentan. Es necesaria la conformación de ES con recursos humanos disponibles, accesibles, informados, formados y comprometidos con una perspectiva de salud integral en su cabal sentido, considerando el componente de SM constitutivo de la misma.

Considerando entonces que la finalidad del presente trabajo es describir la integración del componente SM en el PNA en el marco del SNIS a través de la formación en SM de los médicos de MFC que integran los ES de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Región Sur de ASSE, en el siguiente capítulo se abordarán con mayor profundidad dichos aspectos. Se ahondará sobre las estrategias desarrolladas para implementar las políticas de SM en los sistemas sanitarios, las distintas modalidades de integración, la formación de los recursos humanos en salud, específicamente la de los especialistas en MFC.

Capítulo 2.

LA SALUD MENTAL Y LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

En el capítulo anterior se hizo referencia a los cambios paradigmáticos en el campo de la salud y sus sistemas a partir de la Declaración de Alma Ata, específicamente en el desarrollo e implementación de la estrategia de APS. Se describió la evolución y evaluación de sus componentes en los ámbitos internacional, regional y nacional y como fue el desarrollo de las políticas de salud mental en dicho contexto. Asimismo, se hizo referencia a la concepción de SM y la dimensión del problema en términos de la alta prevalencia con su consecuente brecha de tratamiento.

En el presente capítulo se profundizará en los distintos modelos de integración de la SM en el PNA y como se han organizado en diferentes países, para dar respuesta a la problemática planteada en el primer Capítulo. Asimismo, se describe el impacto que los cambios de modelos y estrategias de abordaje en SM tuvieron sobre la formación de los recursos humanos, particularmente en los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). Estos, como integrantes de los equipos de salud del PNA son un componente clave para dar sustentabilidad y permanencia de la estrategia de APS. Se desarrolla brevemente la historia de la MFC a nivel internacional y nacional, los componentes de la currícula destacando los ejes que refieren a la formación en SM y cómo se organiza el PNA del subsector de salud pública, que, para el caso de este estudio, se abordó específicamente la Región Sur de ASSE.

2.1. Una nueva interfase en la asistencia y la formación de los recursos humanos en salud.

Desde hace ya unos años viene cobrando destaque un área de gran interés, la cual se desarrolla en la interface entre el PNA y el nivel de especialización (OMS & Wonca, 2008). En 1980 Goldberg & Huxley (1992) describen un modelo a través del cual se explicitan lo que se denominan “filtros” por los cuales los usuarios con problemas de SM deben pasar desde el PNA hasta llegar a los servicios especializados. En ese momento se estimaba que aproximadamente un 30% de la población general presentaba algún problema de SM, el primer filtro que estos debían pasar era que tomaran conciencia de su padecimiento y solicitaran ayuda, el segundo es que estos pacientes que consultaban con padecimientos de SM, fueran identificados por los médicos, el tercero hace referencia a que además, en caso de ser necesario considerando su complejidad, sean derivados a equipos de SM o al

especialista, el cuarto que sean internados, y por último la reorientación de estos pacientes con padecimientos psiquiátricos a su comunidad.

Este debate tiene sus orígenes en Estados Unidos y Reino Unido a fines de la década de los años 1970, centrándose la discusión básicamente en cuáles son los pacientes que deben ser derivados a los especialistas de los servicios de SM y promover un trabajo coordinado y eficiente entre ambos niveles para conseguir los resultados más óptimos (Gask, 2005; Gask, Rogers, Campbell, & Sheaff, 2008). Para el caso del presente estudio, es válido reconocer la complejidad de esta interfase en el ámbito de la SM en tanto es un campo de intervención interdisciplinar, lugar donde convergen diferentes disciplinas, diferentes modelos teóricos de intervención, instituciones y mandatos institucionales e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo debe ser la respuesta.

Como se mencionó en el capítulo anterior, de acuerdo a los cambios en el modelo asistencial y el impulso que tuvo el desarrollo del PNA, en él recae la tarea de reconocer y realizar el abordaje de los problemas de SM (OMS & Wonca, 2008) dada la carga económica y social que representan estos padecimientos para las diferentes sociedades y sobre todo por ser una propuesta basada en la integralidad de las acciones concibiendo al sujeto en su comunidad. De acuerdo a las concepciones presentadas en relación a lo que se entiende por SM, en el capítulo precedente, se observa en la bibliografía internacional una división en dos grandes grupos: a) los denominados “trastornos mentales comunes” entre los cuales se encuentran la ansiedad y la depresión (en todas sus formas de expresión) y b) los llamados problemas de SM de mayor severidad y duración, dentro de los cuales se identifican la esquizofrenia y otras psicosis denominadas “trastornos mentales graves” (Layard, 2006; Andrews & Henderson, 2000; Murray & Lopez, 1997; Fleming, McCormick, & Charlton, 1996).

Durante las décadas de 1980 y 1990 el foco de las investigaciones estuvo puesto en el estudio de la prevalencia de la morbilidad de los problemas de SM y la calidad de los servicios prestados en el PNA por los recursos humanos del sector, con énfasis en el aumento del reconocimiento y abordaje de las depresiones por ser la segunda causa más común en las consultas y consumir aproximadamente el 30% del tiempo de la asistencia. Producto de dichos trabajos fueron una serie de guías sobre el manejo de estos problemas apuntando a mejoras en la detección y tratamiento. Paralelamente, se puso especial interés en la adquisición de dicho entrenamiento durante la formación de grado de los trabajadores de la salud en los programas universitarios, dado que es considerada la etapa más efectiva para construir las habilidades y cambio de actitudes más duraderas, condición imprescindible para reducir el estigma y discriminación que recae sobre las personas con trastornos psiquiátricos graves (Katon & Unutzer, 2006; Katzalinnick, Von Korff, Chung, Provost & Wagner, 2005). A pesar de

ello, aún persisten importantes dificultades al respecto, ya sea en los logros de la adquisición de habilidades y competencias para evaluar, diagnosticar, tratar y derivar adecuadamente.

Actualmente se sabe que no existe un único modelo que mejore estas prácticas para todos los países, al contrario, son variadas las experiencias exitosas de acuerdo a criterios locales y la participación combinada de médicos, especialistas y los denominados *gatekeepers*⁷. Lo que sí ha quedado en evidencia, es que los mejores resultados se han obtenido en aquellos países donde la SM se ha incorporado a la política de salud general con apoyo de marcos legislativos y una fuerte política de gobernanza y un adecuado número de recursos humanos con sólida formación en la materia. (OMS/OPS, 2014; Minoletti, Toro, Alvarado, & Rayo, 2015; OMS, 2001).

Como se desprende de los párrafos anteriores, entre las principales barreras que se detectan para dar una respuesta integral a los problemas de SM por parte de los equipos de salud, refieren a: 1) el estigma, desconocimiento y poca sensibilidad frente a los problemas de SM de los gestores, otorgándole baja prioridad y reforzando la tradicional división entre salud física y SM (Giovanella & Fidelis, 2017); 2) la fragmentación del trabajo entre los equipos de salud del PNA y el nivel de especialidad en SM ambulatoria. (Ivbijaro, Patel, Chisholm, Goldberg, Khoja & cols., 2015) y 3) la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es elevada en la mayoría de los países, agravándose el problema por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. Dicha divergencia es fundamentada principalmente, por la sobrecarga de los equipos del PNA, la ausencia de protocolos y guías clínicas que definan mecanismos de articulación recíproca entre PNA y el equipo especializado. Otros obstáculos son determinados por el tiempo prolongado que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada generado no solo por el miedo, el estigma o el desconocimiento de los beneficios de la atención en SM, sino también por la falta de coincidencia, mencionada anteriormente, entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

Como ya se ha expuesto, una de las líneas de acción para combatir dichas barreras se centra en la importancia de integrar en la formación profesional de pregrado, posgrado y de la educación continua la consideración del componente de SM en las curriculas, asumiendo las recomendaciones de las políticas de integración del abordaje de los problemas de SM en los servicios generales de salud, específicamente en el PNA.

⁷ El concepto de gatekeeper (seleccionador) ha sido elaborado por Kurt Lewin, psicólogo estadounidense de origen alemán. En un estudio de 1947 sobre las dinámicas interactivas en los grupos sociales, descubrió que, en la secuencia de una información a través de los canales comunicativos en un grupo, el lapso o el bloqueo de la unidad, a través de todo canal, dependen en gran medida de lo que sucede en la zona de filtro, quien posee el control del acceso. En la década de los 70 el término se utilizó en Estados Unidos en el ámbito sanitario enfatizando el rol del médico en dos funciones específicas: primer contacto y encargado de la coordinación/derivación a los especialistas (Rubinstein, 2011)

2.2. Los Recursos Humanos para el abordaje en Salud Mental a nivel internacional y regional.

El Atlas de Salud Mental 2014 (OPS/OMS, 2016) aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de SM y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. Ello se evidencia en el bajo gasto mundial anual en SM del cual 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, a pesar de que se asocian a malos resultados sanitarios y a violaciones de los derechos humanos. Siendo necesaria, como se mencionó anteriormente, la reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la SM en la atención sanitaria general.

El informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe WHO-AIMS (OPS, 2013), fue diseñado para medir el grado de implementación de las diez recomendaciones generales del Informe sobre la salud en el mundo 2001. En su Sección 3 analiza el porcentaje de la carga horaria total dedicado a los temas de SM en los programas de enseñanza de pregrado universitarios para estudiantes de enfermería, medicina y otras áreas de la salud, y el porcentaje de actividades de actualización o capacitación en SM que recibió el personal de salud de los servicios del PNA, medido en al menos dos días de capacitación durante el año. Esto reafirma lo expresado anteriormente en cuanto a que otra de las barreras identificadas para una atención eficaz a los problemas de SM de la población es la falta de formación, en este componente, del personal sanitario determinando una evaluación clínica inexacta, asociado a la estigmatización que segrega a las personas con trastornos mentales. Algunos estudios (DeVicente & Berdullas, 2009; Villalva & Caballero, 2006; López, Serrano, Valverde, Casabella & Mundet, 2006) mencionan que existe una tensión entre la formación de los médicos y su desempeño para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de SM en el PNA. Para el caso de Latinoamérica, apenas en un 27,3% de los países se dispone sistemáticamente de actividades de formación continua en temas de salud mental para los profesionales del PNA (OPS, 2013).

Esta realidad interpela a los profesionales, gestores y académicos del campo de la salud a evaluar la calidad de las respuestas asistenciales que se están ofreciendo, el modelo asistencial implementado y la formación y educación continua de su personal. Publicaciones internacionales (Vargas & Villamil, 2016; Moreno, & Moriana, 2012; Hornillos, Rodríguez, González & Fernández, 2009; Brazeu, Rovi, Yick & Johnson, 2005; Beltrán, Salleras, Camps, Solanas, Igual & cols., 2001; Gualtero & Turek, 1999; Camps, Grisbert, Gutierrez & Montilla, 1995) destacan que el papel de la atención en el PNA y su relación con los ESM es uno de los principales problemas a abordar. Refieren que tanto los profesionales de los ESM como

los médicos del PNA manifiestan una sobrecarga asistencial que dificulta una respuesta eficiente a la demanda existente, así como también plantean que la existencia de criterios de derivación difusos o poco claros no facilita la tarea, trayendo a la luz las tensiones entre los campos disciplinarios y las fronteras que se juegan en el abordaje de la salud integral, incluida la SM (Weisberg, Dyck, Culpepper & Kelle, 2007; Risco, 2003). Resultados de estudios transversales concluyen que el médico de MFC es el profesional más activo en poder recepcionar la demanda en salud mental, siendo un componente clave para el desarrollo de una estrategia de APS fuerte y calificada.

2.2.1. La actualidad del problema a nivel internacional.

Adentrado el siglo XXI, se observa un aumento en la prevalencia de las personas con problemas de SM en el PNA (entre el 80% y 90%, OMS,2005), siendo la mayoría de ellos sub diagnosticados por los médicos de PNA. Esto fue evidenciado en un estudio realizado por Goldberg et al. (1993), donde se destaca que dicho subdiagnóstico puede deberse a la forma en que los pacientes emiten señales que son indicativos de su angustia psicológica y a la habilidad y/o capacidad del médico general de captarlas a través de una adecuada entrevista. En el trabajo publicado por la OMS (2005) se confirma que actualmente se mantiene esta brecha, sólo 50% de los pacientes con problemas de SM es diagnosticado como tal, dependiendo del estilo de entrevista que se ofrezca, y un pequeño porcentaje es remitido a SM - uno de cada 20 en una serie relevada del Reino Unido- (Alarcón, Suárez-Richards, Sarabia, 2014). Este panorama demuestra la vigencia que aún tiene el modelo presentado por Goldberg & Huxley en la década de 1980.

De una encuesta realizada en España a médicos de familia sobre la incidencia de los problemas de SM en el PNA (Salazar & Sempere, 2012), surge que 20% de las consultas se correspondían a SM, siendo los motivos más frecuentes de las mismas, los trastornos de ansiedad en un 76%, del estado de ánimo un 74% y somatizaciones un 40%. Así mismo, estudios han demostrado la asociación de problemas de SM en personas con diagnóstico de enfermedades neurológicas, cardiovasculares o pulmonares, aseverando que cuando la depresión o la ansiedad están asociadas a enfermedades crónicas el pronóstico de la recuperación es más limitado o se prolonga más si no es detectada.

En cuanto al subdiagnóstico de la depresión por parte de los médicos del PNA, un estudio realizado en Barcelona (Latorre, Navarro, Parra, Salguero, Mae & Cano, 2012) arroja como resultado que 44,3% de las personas que consultan con probable depresión no han sido diagnosticadas. En cuanto a una de las posibles explicaciones de las dificultades para la detección, refiere a que la mayoría de las personas que acuden al PNA consultan por

insomnio, fatiga, cefalea, etc., las que pueden ser atribuidas por parte del médico a enfermedades físicas encubriendo el sufrimiento psíquico manifestado muchas veces a través de somatizaciones. Dentro de este grupo se hallan los llamados “hiperfrecuentadores” (en inglés *frequent attenders* o *high utilizers*), término utilizado para aquellas personas con una alta frecuencia de visitas a los servicios de salud, los que suponen una importante carga de trabajo para los médicos del PNA, además de los costos para el sistema de salud y sobre todo para las propias personas afectadas (Luciano & Serrano, 2008). Con el agravante de ser uno de los factores identificados como precipitante para la generación de estrés y burnout profesional por la impotencia y desestimulo que provocan (Rodríguez, Cebrià, Corbella, Segura & Sobreques, 2003).

En este contexto, se mantiene la vigencia de la necesidad de una mayor integración entre PNA y SM, a través de estrategias de cooperación y coordinación mutua para generar herramientas que aumenten la capacidad resolutive de ambas. Existe una pluralidad de modelos de colaboración entre el PNA y ESM de difícil comprobación, dada su vinculación a los respectivos sistemas de salud y diversidad de intervenciones que comprenden (Beltran, et al., 2001). Los modelos colaborativos más efectivos, además de los ya mencionados, son también aquellos caracterizados por: un enfoque multiprofesional en la atención y seguimiento de los pacientes, que cuentan con una integración de distintas intervenciones y favorecen la participación mantenida de los profesionales de ambos niveles de atención, potenciando la comunicación. Este tipo de modelo, según los expertos (Calderon, Retolaza, Bacigalupe, Payo & Grandes, 2009), es el más valorado ya que permite una estrecha colaboración entre PNA y SM, adecuando las experiencias de los ESM a la realidad del PNA mediante la planificación y el desarrollo de actividades de interconsulta y colaboración recíproca y no limitando la relación con los ESM al mero asesoramiento o derivación interniveles o entre equipos del PNA.

A pesar de lo descrito, otros estudios indican (Calderón, Mosquera, Balagué, Retolaza, Bacigalupe & Belaunzaran, 2014) que su aplicación no ha sido fácil, en tanto se requieren decisiones en la gestión de carácter integradoras que promuevan la colaboración interdisciplinaria como componente necesario de la calidad de la asistencia, en la que se debe priorizar la dedicación de tiempo, recursos y medios de evaluación. Este escenario parece ser el más favorable para crear las condiciones y acordar la delimitación de enfoques y criterios de diagnóstico y de tratamiento comunes, para, de esta manera, promover la mejora de los flujos de información y formación en sentido bidireccional, así como también para ofrecer una verdadera respuesta integral en salud.

El Reino Unido junto con España han sido quienes más han avanzado en este terreno y plantean que se requiere más investigación sobre la efectividad y la relación costo-efectividad

de dicha integración. Las dificultades persisten y obedecen a la mala comunicación entre ambos niveles, la falta de claridad sobre los roles y las responsabilidades de cada sector aumenta las dificultades para el trabajo en equipo, lo que profundiza las barreras para la detección oportuna de los problemas de SM. En dichos países, a esta situación se la denomina como una brecha de retórica en cuanto a la realidad de integración en la práctica. Algunos autores (Nolan & Hewison, 2008; England & Lester, 2005; Kodner & Spreeuwenberg, 2002) sugieren que, para facilitar el trabajo integrado, se debe prestar mayor atención a la superación de las brechas interorganizacionales y las diferencias interprofesionales con el objetivo de fomentar y mantener el compromiso y el entusiasmo por el trabajo conjunto. Plantean que estos obstáculos o deficiencias pueden ser minimizadas a través de favorecer espacios para la educación/formación interprofesional que les permita a los profesionales aprender sobre los entornos y fortalezas de los demás y fomentar una cultura de colaboración y respeto mutuo. El énfasis está puesto en la disposición y mayor conciencia por parte de los gestores de las políticas en salud en cuanto a la necesidad de otorgar mayor tiempo y espacio para que ambos sectores se comuniquen y racionalicen sus estrategias para reducir el fenómeno que ellos denominan: “*push-me pull-you*” (presioname-te tiro) propio de la “paradoja política” de la atención integrada de SM (England & Lester, 2005). Asimismo, otros estudios británicos (Gask, 2007; Gask, Rogers, Campbell & Sheaff, 2008) hacen referencia a la necesidad de profundizar en la definición de qué recursos (humanos y materiales) son necesarios y cómo se pueden utilizar para integrar la SM en las actividades de la gestión clínica del PNA y dar una respuesta oportuna a la demanda de atención.

También, en cuanto a las capacidades en términos de conocimientos, actitudes y habilidades de los médicos para la detección y respuesta a los problemas prevalentes en SM en el PNA (somatizaciones, trastornos adaptativos, insomnio, ansiedad, depresión, duelos, etc.) se plantea entre los obstáculos valorados, no solo de la falta de tiempo en los médicos sino que también se requiere contar con recursos adicionales en cuanto a habilidades para el diagnóstico oportuno y las estrategias prácticas para intervenir (manejo de casos) y así evitar la medicalización innecesaria (Ciurana, 2009).

De una revisión de publicaciones del período de 1950 a 2000 (Hodges, Inch & Silver, 2001) realizada en Estados Unidos, sobre el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los médicos del PNA frente a los problemas de salud, se identificó la necesidad no solo de mejorar la capacitación continua en SM, sino también la necesidad de fomentar actitudes positivas en el personal médico hacia la enfermedad mental, la psiquiatría y los servicios de SM a través de métodos educativos más eficientes. De los resultados de dicho estudio surge que se detectan tres variables importantes a considerar para garantizar la eficacia de los métodos a utilizar, específicamente para la etapa de educación médica continua: a) la duración de la

intervención educativa, b) el grado de participación activa de los alumnos y c) el grado de integración del nuevo aprendizaje en el contexto clínico. En cuanto a la duración, en el estudio surge que el uso de eventos de pocas horas en formato de conferencia fuera del lugar de trabajo es el método más utilizado y tiene como ventaja proporcionar cierto estímulo de relajación en los profesionales, dado por el corte que implica de la rutina laboral y de presentar temas que se pueden profundizar en un futuro. No obstante, este formato ha recibido fuertes críticas por su uso excesivo y por estar alejado del entorno de la práctica clínica. Para lograr un cambio significativo en las actitudes y el desarrollo de habilidades se plantea necesario establecer relaciones más permanentes entre docentes y estudiantes y/o entre los especialistas, que brinden la oportunidad de resolver problemas clínicos. En cuanto a la participación activa, se ha demostrado que un alto grado de participación activa de los médicos en el aprendizaje de la psiquiatría y la SM es necesario para el cambio de actitudes y disminuir el estigma, ofreciendo posibilidades de interactuar y practicar estrategias de resolución de situaciones. Los programas interactivos y longitudinales brindan oportunidades para practicar el conocimiento y promover el desarrollo de las habilidades necesarias para el abordaje integral de las personas con problemas de SM. Las metodologías de educación más eficientes son aquellas en las que se utiliza la simulación y/o juego de roles, ante potenciales situaciones con pacientes estandarizados (actores capacitados para retratar a pacientes con problemas psiquiátricos), aprendizaje basado en casos, grabación de video con comentarios, etc. (Hodges et al., 2001). Además, se insiste en la necesidad de resolver los problemas organizativos existentes entre los equipos de salud del PNA y SM en cuanto a modalidad de atención y organización del trabajo.

En este sentido, el Reino Unido, a través del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE en su sigla en inglés), ha influido en establecer estándares clínicos y modelos de organización claros sobre cómo los servicios del PNA deben abordar específicamente los problemas de SM que son de alta incidencia (Gask, 2007). Cada estándar contiene un conjunto de objetivos, la descripción de las intervenciones que se deben realizar basadas en la evidencia científica, modelos de cuidado y ejemplos de buenas prácticas. Los mismos se explicitan a través de normas nacionales para el abordaje de grupos específicos. Las autoridades sanitarias reconocen que la implementación del abordaje integral específicamente en el área de la salud mental es más compleja, desde el punto de vista organizativo, que para otras problemáticas prevalentes que afectan a la salud de las personas, por ejemplo, como lo es para la enfermedad coronaria.

Para el caso de España, la integración de SM en el PNA es bastante exitosa en algunas de sus Comunidades Autónomas, siendo catalogada como modelo referente por haber podido organizar el abordaje en SM como un subsistema ubicado en el nivel de atención

especializada en el PNA de la salud a través de las Unidades de Gestión Clínica en Salud Mental. Estudios sobre la percepción de la demanda y las necesidades de formación en este componente de los médicos generales (Moreno & Moriana, 2012; Hornillos, Rodríguez, González & Fernández 2009; Serrano, Valverde, & Mundet, 2006; Latorre, Lopez, Montañes & Parra, 2005; Gualtero & Turek, 1999) indican que al menos 1 de cada 5 consultas que recibe el médico del PNA se debe a algún problema de SM. La prevalencia de dichos problemas en los servicios del PNA oscila entre 22 y 29%. Estos datos ponen en evidencia, como ya se ha mencionado previamente, que existe una asociación entre el sufrimiento psíquico y el alto número de visitas al médico de familia, referente de la salud integral de la comunidad. (Corser, 1977). También, parece ser que el aumento de la demanda percibida por los médicos del PNA de los problemas en SM, se debe al mayor conocimiento que poseen y a la desestigmatización progresiva con relación a estos problemas, lo que ha facilitado su detección y abordaje. Se suma a ello las actitudes y habilidades que el equipo de salud debe desarrollar para los abordajes de estos pacientes (Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz & Sanchez, 2004). Esto se produce a medida que mejoran las habilidades de comunicación, la capacidad para empatizar y saber escuchar con sensibilidad los problemas de los sujetos que consultan.

No obstante, existen experiencias (Goldberg, 2003) en las que se visualizaron mejoras en la respuesta en el PNA a los problemas de SM, dado por: a) la implementación de intervenciones de atención compartida que incluyen el inicio de tratamientos farmacológicos, b) la provisión de psicoterapia a corto plazo, cuando es necesario, como también, c) la disponibilidad de un servicio de enlace telefónico; garantizando espacios para reuniones regulares entre los médicos de cabecera y los servicios de SM así como cursos de educación continua.

2.2.2. Panorama regional y nacional.

El informe de la OMS (2009) sobre la evaluación de los sistemas de SM en América Latina ilustra la situación en lo que refiere a la formación y actualización en SM para el personal del PNA. De los 8 países relevados (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay), la integración del componente de SM era, por lo general, limitada. Destaca, además, que de todos los países uno solo (Uruguay) no contaba con un protocolo de tratamiento para los problemas de SM o psicosociales. Esto, de alguna manera trae a la luz uno de los elementos que coloca a la población nacional en desventaja en relación al resto de la región a pesar de los avances que se vienen logrando en la materia.

Dicho informe revela que, en los últimos 67 años, tres son los países de la región (Chile, Brasil y Panamá) que han logrado una transformación importante en el abordaje a los problemas de

SM de la población priorizando el modelo comunitario y desarrollando estrategias de colaboración y formación recíproca entre el PNA y el nivel especializado en SM.

Para el caso de Chile, han habido avances para que la SM se transforme en un componente integral en el PNA. Cabe aclarar que Chile aún no cuenta con una Ley de SM, las transformaciones que logró en esta materia fueron respaldadas por una serie de Orientaciones y Normas Técnicas para la Planificación y Programación en Red, promulgadas en los años 2016 y 2018. (Minoletti & Zaccaria, 2005). La implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1993) definió objetivos y estrategias para orientar a los recursos del Estado a realizar acciones que favorezcan el bienestar y las SM de los chilenos, enfatizando el modelo comunitario. Incluyó dentro de sus prioridades, en una primera etapa, el abordaje de los problemas de SM en el PNA a través de los recursos que se disponían para el abordaje de los problemas de salud general. En este sentido se invirtieron fondos adicionales, específicos para SM, en capacitación y materiales didácticos para usuarios y equipos de salud (médicos generales, enfermeras y trabajadores sociales). Se orientó a estos equipos a que dieran respuesta a los problemas de SM de mayor prevalencia a través de programas específicos como, por ejemplo: depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias psicoactivas y demencia, así como también a las personas/familias víctimas de violencia doméstica y de la dictadura, y a realizar intervenciones preventivas en el sector educativo. (Minoletti, Alvarado, Rayo & Minoletti, 2014). Dichos programas se incluyeron, como se mencionó en el Capítulo uno, al plan de beneficios (AUGE) que todos los prestadores deben ofrecer. También, se amplió la oferta de servicios de SM y mejoró la coordinación entre el PNA y otros niveles de atención a través de reuniones periódicas de representantes de los distintos dispositivos de SM de cada área sanitaria, se instalaron los primeros hospitales de día, hogares protegidos y desarrollaron programas de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad. En el año 2000 se establece como política nacional la incorporación de psicólogos a los equipos del PNA, valorándose dicha estrategia como muy positiva (Minoletti & Zaccaria, 2005). Se formula el segundo Plan de SM, estableciendo un modelo más elaborado de la red de atención en SM articulada, de cobertura nacional y de carácter público. Explicitando que deben crearse servicios de SM y psiquiatría en red dentro del sector sanitario y junto con otros sectores en los que se garantice la participación del usuario y sus familiares, otorgando un papel importante a las organizaciones locales para el desarrollo de los mismos. La voluntad política para la integración de la SM en el PNA es expresada a través de la asignación de fondos específicos para fortalecer las acciones en SM. No obstante, de la bibliografía consultada sobre la evaluación que se ha hecho en materia de salud mental en el país (Pérez Terán, 2016; Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015; Minoletti, 2013) se observan carencias en cuanto a la definición ambigua del rol del PNA frente a los problemas

de SM, a la imprecisión en la cantidad de recursos necesarios y la falta de apoyo de los especialistas a los equipos de salud general. Se revela que la mitad de los problemas de SM presentados como prioritarios en el año 2000 no fueron integrados en el Plan AUGE, por lo tanto, no tienen un tratamiento asegurado a través de la financiación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Manifestando, asimismo, las inequidades que genera esta modalidad para aquellas personas que no cumplen con los criterios de inclusión a pesar de sufrir enfermedades severas y discapacitantes. Otras limitaciones relevadas, no menores, refieren a la insuficiente formación en SM de los egresados de las universidades, especialmente en lo que respecta al modelo comunitario. Dicha situación determina que los técnicos y profesionales que se incorporan al sector público de salud, deban adquirir las habilidades necesarias sobre la marcha del trabajo y no cuenten con la capacidad de respuesta necesaria para satisfacer las necesidades de los usuarios (Minoletti & Zaccharia, 2005).

Para el caso de Brasil, junto con el Sistema Único de Salud (SUS), nace en forma articulada la reforma psiquiátrica ligada a la Política Nacional de Salud Mental⁸ (PNSM), en el contexto de la lucha por la redemocratización del país en la década del 1980, compartiendo sus principios y lineamientos en cuanto a la actuación territorial, el trabajo en red y la intersectorialidad, asumiendo los atributos de integralidad, equidad y universalidad (Furtado & Campos, 2005). En este contexto, se definió la transformación de un modelo centrado en los Hospitales Psiquiátricos y Asilos a un modelo de atención diversificado de base territorial. Se puso especial énfasis en la necesidad de proporcionar y garantizar nuevas respuestas (integrales) en salud a las personas con problemas de SM y específicamente a las afectadas por trastornos mentales graves en servicios insertados en el SUS. Desde el año 1992 en adelante se promulgaron una serie de leyes estatales que viabilizaron la organización y el financiamiento para la ampliación de dispositivos específicos para la atención en SM y estructuras alternativas (servicios residenciales terapéuticos, talleres protegidos, centros de día, utilización de camas en hospitales generales, etc.) integrando la respuesta en SM al SUS (Berlink, 2009).

En este sentido, como fue mencionado en el Capítulo uno, la implementación del denominado Programa de Salud de la Familia se configuró como un campo de prácticas y producción de nuevos modos de dar respuesta en salud mental. (Dimenstein, Santos, Yalle, Brito, Severo, Kalliny, & Morais, 2005). Estos equipos trabajan desde una perspectiva ampliada de la clínica,

⁸ Para el caso de Brasil, la Ley de SM (No. 10.216) se promulga en el año 2001, previamente hubo una serie de leyes estatales que habilitaron la financiación y organización de los dispositivos y estructuras alternativas en territorio (Berlink, 2009).

es decir, no exclusiva a los aspectos biomédicos, sino orientada al seguimiento longitudinal a través de la articulación de diferentes saberes para la construcción de diagnósticos y proyectos terapéuticos individualizados, en conjunto con los usuarios. (Seixas, Elias, Emerson; Staevie, Slomp, 2016). La diferencia de la reforma en Brasil con relación a otras de América Latina, radicó en el impulso dado por parte del movimiento social para favorecer la mejora de la respuesta a los problemas de SM a través de la participación de usuarios, familias y agentes comunitarios (Desviat & Moreno, 2012). Desde la década de 1990, la red de atención de SM de base comunitaria fue desarrollándose progresivamente. La misma, realiza acciones en el PNA a través de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), así como mediante programas como el “*De Volta para Casa*” y “*Consultório de/na Rua*”. La red en cuestión, forma parte del PNSM y se organiza a través de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), entre los cuales se distinguen los CAPS I y II. Lo que los diferencia es su estructura y población de cobertura, el primero cubre hasta 70.000 habitantes y se destina a niños y adolescentes, el segundo hasta 200.000 y se dedica a personas con problemas del uso perjudicial de alcohol y otras drogas. Además, se cuenta con los CAPS III para municipios con más de 200.000 habitantes y se caracterizan por funcionar las 24 horas del día, contando con plazas de internación nocturna (Sampaio & Carneiro, 2006). Todas estas estructuras desarrollan un papel estratégico en la articulación de los equipos de Salud de la Familia y las Unidades de Internación Psiquiátrica en Hospital General, buscando promover la gestión conjunta de casos y proporcionando orientación y supervisión para las situaciones más complejas (Dimenstein, 2013; Abrantes & Almeida, 2002).

Si bien la incorporación del componente SM en el PNA de salud en Brasil ha sido bastante desarrollada con relación a otros países de la región, aún es rudimentaria en las grandes áreas metropolitanas. Los problemas de SM leves representan una gran parte de las demandas de asistencia en el PNA. La respuesta, en estas áreas, se caracteriza por un modelo de atención ambulatoria centrada en la medicalización de los síntomas y en un servicio rápido sin considerar la continuidad de los cuidados. (Machado & Pereira, 2002).

Para el caso de Uruguay, fue recién en el año 2007, como se mencionó en el Capítulo uno, que las políticas de salud se orientaron a la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Luego de la reapertura institucional del país (1985) y la recuperación de la democracia, se sucedieron cambios en el ámbito de la SM que tuvieron un impacto favorable y bastante innovador. Hasta ese momento, las prestaciones en esa área se caracterizaban por estar concentradas en los hospitales psiquiátricos, carentes de una red de policlínicas dotadas de los recursos humanos necesarios y basadas en criterios puramente asistencialistas. (MSP, 1986). En 1986, por resolución ministerial, se creó una comisión cuyo

cometido fue elaborar el Programa Nacional de Salud Mental, participando en este trabajo un conjunto de instituciones, el objetivo fue producir un documento programático consensuado. Dicho programa planteó la transformación del modelo de atención en SM a través de una asistencia centrada en la comunidad y equipos multidisciplinarios con una conformación mínima de “psicólogo, médico psiquiatra, enfermera y asistente social”, su organización “*será flexible y dependerá de las necesidades que se detecten*” (MSP, 1986, pág.:11). Si bien la implementación del Programa fue parcial y restringida al ámbito público (Romano, 2016) y no llegó a transformarse en política de SM, fue sumamente importante en la redefinición del sistema de atención en esta área en el país, puntualizando tres aspectos: 1. reconocía, ya en ese momento, como estrategia principal a la APS y proponía acciones de promoción, prevención y asistencia en SM en la comunidad; 2. planteó la necesidad del desarrollo de Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, reclamando la consideración de los abordajes a los problemas de SM en el ámbito de la salud general; 3. apuntó al desarrollo de nuevos modelos de asistencia integral para las personas con trastorno mental grave y la reestructura del Hospital Psiquiátrico y el Asilo (Arduino & Gines, 2005; 2013) aún en funcionamiento en el país, condensando el mayor número de plazas de internación de larga estadía. Llevó nueve años producir el segundo gran cambio (a fines de 1995), con el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto el cual contaba con 350 camas para la internación de larga estadía de pacientes crónicos con patología psiquiátrica.

De esta manera se comienza a desarrollar el proceso de descentralización de la asistencia psiquiátrica a nivel hospitalario en los servicios públicos. Estos cambios significaron que en 1997 se registrara una disminución del 40% de las camas psiquiátricas en el país (Larrobla, 2000). Paralelamente, se crean Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) con una conformación multidisciplinaria de: psiquiatras de adultos y pediátricos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería y administrativo, insertos en la comunidad y trabajando en red, con un régimen de contratación y remuneración (incentivo de SM) en algunos casos diferenciado al resto de los profesionales de la salud. Dichos ECSM se instalaron para el caso de Montevideo en los Centros de Salud del PNA (RAP Metropolitana) y para el caso de los constituidos en el interior del país, algunos se integraron en las instalaciones de los Hospitales Generales y otros en los pocos Centros de Salud del PNA en cada Departamento, en tanto aún no estaban creadas las RAP departamentales, desarrolladas luego de la reforma. (Romano, Porteiro, Novoa, López, Barrios et al., 2018). Dicha situación mejora la distribución de profesionales del área favoreciendo el acceso a una mayor población y representó un logro importante en el proceso de descentralización de la asistencia psiquiátrica a nivel hospitalario en el país.

A pesar de los avances, este proceso enfrentó resistencias por parte de algunos profesionales dado el cambio de modelo de trabajo planteado, así como también por las dificultades propias de un sistema sanitario cuya estructura de base propiciaba, en ese entonces, un modelo de atención centrado en lo curativo y en los hospitales. Por otra parte, los recursos humanos no contaban con la formación específica para trabajar a nivel comunitario y en red, así como también eran escasos en número (Larrobla & Botega, 2000). Las instancias de capacitación y/o de discusión del nuevo modelo, su puesta en práctica y los lineamientos teóricos, básicamente se transmitieron a los Equipos de manera verbal o se deducían de los indicadores propuestos para evaluar el trabajo y garantizar el cobro del “incentivo de SM”. El modelo de trabajo se fue definiendo a medida que transcurría el tiempo y se ganaba en experiencia (Romano, Novoa, Gopar, Cocco, De León, & cols., 2007).

En materia de políticas en SM, en el marco del SNIS, recién en el año 2011 el Área Programática de Atención en Salud Mental del MS, a través del decreto del Poder Ejecutivo (PE) 305/011, puso en marcha el “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental” (PIPSM) donde se incluyen diferentes abordajes psicosociales y psicoterapéuticos obligatorios que deben ofrecer los efectores de la salud con alcance a toda la población. En su contenido el Plan explicita tres modos” de abordaje a ser ofrecidos en los distintos niveles de atención a poblaciones priorizadas, cada uno con pautas de funcionamientos en relación: 1) al tipo de abordaje (individual, grupal, pareja y familia), 2) a la conformación del equipo (Psicólogo, Psiquiatra, Trabajador Social) y 3) al límite de tiempo de aplicación, discriminando aquellos que son de carácter gratuito y otros con modalidad de co-pago para el caso del sub sector privado.

Específicamente en lo que refiere al denominado Modo 1: se deduce la exigencia de abordar, en la modalidad preventiva, el componente en SM referido a algunas poblaciones agrupadas considerando problemas priorizados, como ser: a familiares o referentes afectivos con uso problemático de sustancias, con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar, que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar, en situación de violencia doméstica, a docentes y al personal de salud. La implementación del PIPSM implicó un gran avance en materia de política pública, en tanto el decreto determinó, por primera vez en Uruguay, la obligatoriedad (a través del pago per cápita) a todos los efectores de salud de la inclusión de psicoterapia e intervenciones psicosociales en su cartera de servicios, hasta el momento omitidas en los planes denominados “integrales” de atención a la salud.

El avance más importante para el Uruguay, en materia de políticas de SM, lo determina la reciente promulgación de la Ley de Salud Mental (No. 19.529-MS, 2017) la que define modificaciones sustanciales en el modelo de atención en SM de la población, especialmente para el caso de las personas con trastorno mental grave, proponiendo un marco legal

actualizado al enfoque de derechos y definiendo lineamientos claros en cuanto a la necesidad de consolidar una red dispositivos comunitarios para la atención en SM y la transformación las estructuras asilares y monovalentes, explicitando que deberán ser sustituidas, para el año 2025, por estructuras alternativas. Es importante destacar que la normativa nacional vigente hasta el año 2017, en esta materia, data de la primera mitad del Siglo XX (Ley 9.581) sobre la Asistencia de Enfermos Mentales de 1936, que crea la Inspección General de Psicópatas; luego se promulga la Ley N° 11.139 (1948) que crea la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata; le sigue la Ley N° 13.711 (1969) que dispone que el Patronato del Psicópata lleve el Registro del Retardo Mental y otras invalideces. Si bien para su época fueron leyes innovadoras en cuanto a la protección de las personas con problemas de SM, el lenguaje utilizado ya marca lo obsoleto del término y su carga de estigma.

La nueva Ley, plantea que la protección de la SM de la población deberá ser concebida como inseparable de la protección integral de la salud de los individuos, refiriéndose en su definición, con respecto al alcance de la siguiente manera:

“...abarca a aquellas acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.” (Art. 2, Definición).

En cuanto a la integración del componente SM en el PNA, propone, en su artículo 16, que la atención en esta área tendrá como estrategia la APS priorizando el PNA, y en cuanto a la localización y proceso de atención, en el artículo 17, detalla lo siguiente:

“(...)El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.”

Cabe aclarar, que si bien se incluye en el presente estudio información sobre la Ley, la que coincide temporalmente con el desarrollo del trabajo de campo (agosto 2017), no fue considerada en el cuestionario, si en las entrevistas a los informantes claves

Transcurridos 10 años de la reforma sanitaria y más de 20 años de los inicios de la reforma en psiquiatría y SM del país, a través del desarrollo de ESM en la comunidad a nivel nacional, persisten múltiples debilidades para dar una respuesta oportuna y de calidad a la población que consulta por problemas de esta índole. Según lo refieren estudios y documentos nacionales (Rydel, 2015; Piñeiro & Trillo, 2011; Rudolf, Bagnato, Güida, Rodríguez, Ramos, Suárez & Arias, 2009; Nin, Regina & Porciúncula, 2004; Garrido & Romano, 2004), estas

dificultades se asocian a la escasez e ineficiente distribución de recursos humanos en SM en territorio, condiciones desiguales de trabajo en la interna de los ESM y con otros profesionales de la salud, falta de formación en cuanto al modelo de trabajo y en la aplicación de dispositivos psicoterapéuticos actualizados, eficientes y validados científicamente (por ej.: abordajes grupal, familiar, intervención en crisis, etc.) y su concomitante inadecuación o falta de espacios físicos para realizarlos. Escasez de estructuras alternativas y diversificadas para dar respuesta a procesos de recuperación de las personas con trastornos mental grave (necesidad de más Centros de Rehabilitación Psicosocial distribuidos por zona, Hospital de día, Programas de inclusión sociolaboral, etc) (Romano et al., 2018). El fundamento más revelador de estas dificultades lo determina la permanencia de las estructuras monovalentes (Hospital Psiquiátrico y Colonias de Alienados), que concentran la mayor parte de los recursos financieros y humanos para SM, a pesar de ser las estructuras que asisten a un número menor de la población usuaria, poniendo en evidencia que aún queda un largo camino para recorrer. Dicha contradicción impacta en el usuario, la comunidad y el personal de salud, reforzando la estigmatización, inequidad y exclusión de las personas que consultan por problemas de SM. Por lo tanto, impacta también en el desarrollo de prácticas que no responden de manera eficiente a la demanda, con multiplicidad de enfoques sin articulación recíproca, superposición de ofertas, con insuficiente comunicación entre los ESM y la salud general, propiciando la sobrecarga asistencial y la fragmentación de las respuestas.

A continuación, a los efectos de avanzar en la descripción del desarrollo del presente trabajo, se describe la institución en la cual se realizó el mismo, explicitando en un inicio el alcance global institucional, su capacidad instalada, el perfil sociodemográfico de sus usuarios y las principales líneas estratégicas para más adelante profundizar en la modalidad organizativa del PNA, específicamente en el ámbito geográfico seleccionado a tales efectos.

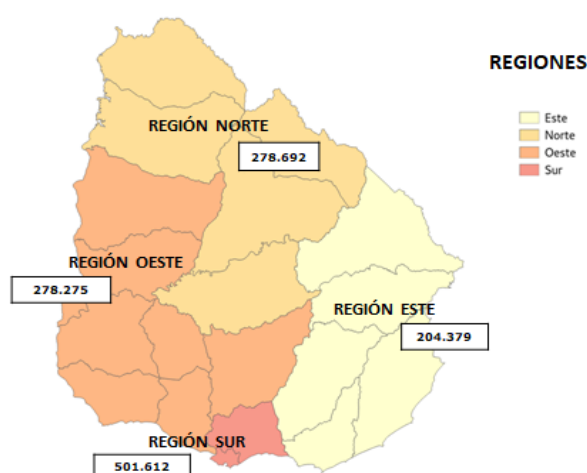
2.3. Subsector Público ASSE.

ASSE es un organismo descentralizado a partir de la promulgación de la Ley 18.161 y la Ley 18.211 que creó al SNIS. Esta transformación la posiciona como un efector más de salud, aunque manteniendo, por mandato constitucional, determinadas particularidades. Es el principal prestador público del país y tiene bajo su responsabilidad liderar la implementación del cambio de modelo de atención siendo el brazo ejecutor de las políticas socio sanitarias del gobierno. Brinda atención integral a 1.263.958 usuarios (aproximadamente 36% de la población uruguaya) y cuenta con unidades en el PNA que conforman las Redes de Atención Primaria (RAP) compuestas por 833 servicios (Consultorios, Policlínicas, Centros de Salud y

Centros Auxiliares), sin co-pago. Además, cuenta con 44 hospitales de distintos niveles de complejidad y trabajan aproximadamente 28.000 recursos humanos (EASP-ASSE, 2017)

Desde el año 2012, se organiza bajo la modalidad de Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R), (ASSE, 2017) gestionando de esta manera la cobertura sanitaria de la población distribuida geográficamente en cuatro Regiones de Salud. Se pasó de una organización basada en niveles de atención, con direcciones centralizadas en la capital del país, a una organización basada en regiones de salud con direcciones cercanas a su población y territorio, intentando favorecer de esta manera la accesibilidad y continuidad asistencial de sus usuarios en territorio. Dichas Regiones de Salud son: 1. SUR: compuesta por los Departamentos de Montevideo y Canelones y Ciudad del Plata en el Departamento de San José; 2. ESTE: compuesta por Maldonado, Rocha, Lavalleja, Cerro Largo y Treinta y Tres; 3. OESTE: conformada por San José, Florida, Flores, Soriano, Colonia, Paysandú y Río Negro y 4. NORTE: compuesta por Artigas, Salto, Tacuarembó, Rivera, Durazno. En el gráfico 1 se ilustran las cuatro regiones y el total de usuarios ASSE correspondiente a cada Región.

Figura 1. Regiones de ASSE y número total de usuarios en cada una a nivel país (2017)



Fuente: Sistema de Gestión de la Información - ASSE - 2017

2.3.1. Perfil sociodemográfico de la población usuaria.

En cuanto a las características de la población usuaria de ASSE (ASSE, 2017 informe de circulación interna), cabe destacar que 40% de sus afiliados pertenecen al primer quintil de

ingresos y un 26% al segundo quintil, visualizándose claras diferencias entre su población y la afiliada al subsector privado. El 8,34% de los usuarios de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) pertenecen al primer quintil de ingresos y 17,30% forma parte de hogares comprendidos en el 2do quintil. Si se considera la población total atendida por estos dos prestadores, ASSE atiende al 73,66% de las personas que viven en el 20% de hogares de menores ingresos.

En cuanto a las condiciones de vulnerabilidad (incidencia de la pobreza y de la indigencia) de la población usuaria (ASSE e IAMC), el estudio refiere que existe una composición completamente diferente entre ambas, no solo en números absolutos, sino como porcentaje de la población usuaria. En 2014, el porcentaje de usuarios de ASSE que vivía bajo la línea de pobreza era del 23% y el que vivía en situación de indigencia era del 1,01% (11.433 personas), mientras que 2,98% de los usuarios de IAMC se encontraba bajo la línea de pobreza, no existiendo resultados estadísticamente significativos de población en situación de indigencia.

2.3.2. Líneas estratégicas de ASSE.

En su Plan Estratégico de ASSE (2012) prioriza el desarrollo de una red articulada vehiculizadora de la estrategia de APS, con amplia base de acceso a equipos de salud del PNA y fuertes dispositivos de enlace en la articulación del usuario por los diferentes niveles de atención. De esta manera, se propuso avanzar gradualmente a una cobertura de calidad en la atención de cada Departamento del país: *“El usuario a través de su equipo de salud en territorio tiene el acceso a todo un sistema de atención de ASSE articulado a su medida para que llegue al lugar indicado y de mejor calidad para sus requerimientos de atención en salud”*. (Plan de Acción ASSE 2017-2018, pag.:14). En este sentido el Art. 36 del SNIS refiere que:

“El Primer Nivel de Atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”.

La RAP de ASSE, para la definición del territorio y de la población de referencia a la que da cobertura, se organiza a través de lo que se define como Zona de Intervención Territorial (ZIT),

que es el área de responsabilidad directa de las policlínicas y la Zona de Dependencia (ZD) como área de influencia más amplia. El Área de Salud (AS) de cada efector es la suma de ambas. La organización funcional propuesta para el PNA se construye a partir de una unidad básica: el Equipo Básico de Intervención (EBI) formado por médico de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), Enfermería y un tercer integrante a definir según los indicadores de complejidad de la población de referencia. Este EBI es complementado por una Unidad de Apoyo (UA-EBI) constituido por: Funcionarios administrativos, Trabajadores Sociales, Químico farmacéutico, Partera, Odontología, Fisioterapeuta/kinesiólogo, Psicólogos y Agentes Comunitarios. (ASSE, 2017)

Como fue explicitado al inicio, la Región seleccionada para realizar el presente trabajo fue la SUR por lo cual, a continuación, se detalla su conformación y específicamente la organización del PNA donde trabajan los médicos de MFC.

2.3.3. Región Sur – Red de Atención Primaria (RAP).

La región Sur la componen 11 Unidades Ejecutoras (UE) y 200 unidades asistenciales, teniendo una cobertura regional que contempla los tres niveles de atención. Tiene bajo su responsabilidad la cobertura de 501.602 usuarios. (Dirección Sistemas de Información, ASSE, 2017). La tabla 4 ilustra el total de usuarios de la Región Sur discriminado por sexo.

Tabla 4. Total, de usuarios de la Región Sur de ASSE según sexo (2017)

REGION	TOTAL	SEXO	
		Hombres	Mujeres
Sur	501.612	235.544	266.068

Fuente: Dirección de Sistemas de Información, ASSE, 2017

El PNA está gestionado por dos UE denominadas Red de Atención Primaria (RAP): 1. RAP Metropolitana (UE 002) y 2. RAP Canelones⁹ (UE 057) con distribución presupuestal definida, demarcación georeferenciada y población usuaria de referencia. No obstante, los Hospitales son los que acaparan el mayor presupuesto junto con aquellos de mayor complejidad que

⁹ Actualmente en la RAP Canelones, que está constituida por tres Subregiones, sólo la Subregión Rural es Unidad Ejecutora constituida en RAP, las otras dos (Oeste y Este) dependen respectivamente para su financiamiento de UE del Segundo Nivel de Atención: la UE Las Piedras y la UE Pando.

cuentan con convenios de formación con la Universidad de la República. De acuerdo al informe de auditoría realizado (EASP-ASSE, 2017, pág.: 23):

“(…) uno de los principales retos que tiene la región para favorecer el trabajo en red es la planificación de una reordenación presupuestaria que haga más independiente al PNA del ámbito hospitalario”.

El PNA de la Región Sur, presenta una organización con tres tipos de unidades asistenciales articuladas entre sí de creciente nivel de complejidad basadas en la dispersión poblacional: a) Policlínicas básicas, constituidas por: Puestos de Salud Rural, Consultorios, conformados por médicos de MFC, enfermería y otros técnicos, b) Policlínicas de complejidad intermedia: con Equipos interdisciplinarios: médico general, médico de MFC, odontólogo, ginecólogo, nutricionista, administración y c) Centros de Salud: con todas las especialidades básicas y algunas otras como Urgencia, Medicación y paraclínicas. En la tabla 4 se visualizan en forma discriminada lo descrito anteriormente para cada RAP.

Tabla 5. RAPs de la Región Sur según tipo de Centro/Unidad Asistencial

Ámbito	Tipo de Centro	No. Centros en RAP Metropolitana	No. Centros en RAP Canelones
Primer Nivel de Atención	Puesto de Salud Rural	0	7
	Consultorio	20	9
	Policlínica	74	57
	Centros de Salud	14	4

Fuente: EASP-ASSE 2017 y Documento Proyecto RAP Departamental Canelones - 2017

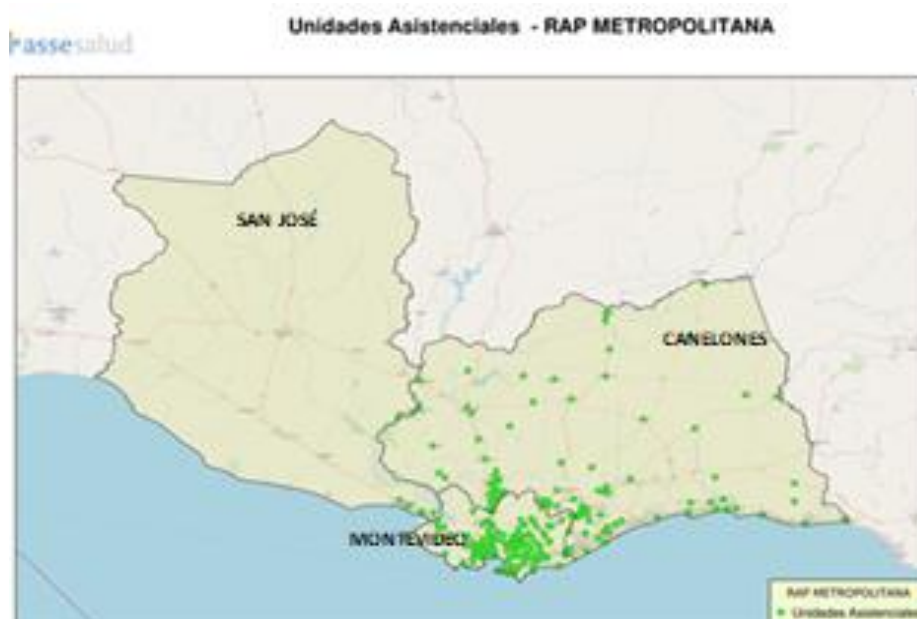
La situación geográfica y demográfica de la Región Sur determina que las RAPs se sitúan en dos sub regiones sustancialmente diferentes determinando realidades en la demanda también diferenciadas. El hecho que la RAP Metropolitana se haya creado hace más de 60 años mientras que la de Canelones es más reciente (2015) agudiza las diferencias entre una y otra. Otra diferencia que las distingue es que la articulación de los distintos centros para la RAP Metropolitana se da con el Centro de Salud (CS) correspondientes, y en el caso de la RAP Canelones, dado su distribución irregular en el territorio, es a los nodos estratégicos definidos en el territorio.

A continuación, se amplía información particular sobre cada una de las RAPs en las que trabajan los médicos que aportaron información para el presente estudio.

2.3.3.1. Red de Atención Primaria Metropolitana.

Actualmente, la RAP Metropolitana cuenta en Montevideo con 14 CS y 94 policlínicas barriales dependientes de los CS donde se asisten 328.577 usuarios (Dirección Sistemas de Información, ASSE, 2017). El territorio definido bajo su responsabilidad abarca la superficie de todo el Departamento de Montevideo, la localidad de Ciudad del Plata del Departamento de San José y la localidad de Ciudad de la Costa del Departamento de Canelones. La extensión territorial es de 75 km en su eje mayor de este a oeste y de 25 km de sur a norte. Se definieron 224 zonas de responsabilidad territorial o ZIT. Del total de los 224 EBI para dar cobertura a las ZIT: 177 EBI corresponden a zonas de responsabilidad de ASSE, el resto corresponde a las Policlínicas de la Intendencia de Montevideo y a los Centro Materno Infantil del Banco de Previsión Social. La figura 2 muestra la distribución de lo mencionado anteriormente.

Figura 2. Distribución de Unidades asistenciales de la RAP Metropolitana (2017)



Fuente: Dirección Sistemas de Información, ASSE, 2017

Según la nómina de recursos humanos de la RAP Metropolitana al mes de julio de 2017 se cuenta con un total de 131 médicos que trabajan en el PNA en la función de médicos de MFC, de los cuales 5 trabajan en tareas de gestión administrativa en la oficina central en ASSE y/o en comisión en el Ministerio de Salud. Para poder conformar los 177 EBI, se cuenta con un

total de 126 médicos de MFC de los cuales 6 están trabajando en policlínicas de la Intendencia de Montevideo y por lo tanto asumen ZIT definidas para la Intendencia. (Informe Primer Consejo de Ministros, ASSE, 2017 de circulación interna). En cuanto a la dotación del personal de enfermería, la RAP Metropolitana cuenta con 42 Lic. en Enfermería y 92 Auxiliares de Enfermería. En cuanto al tercer integrante, aún no se ha definido el perfil a priorizar. En la Tabla 6 se detallan los Centros de Salud y el número de médicos de MFC que trabajan en ellos.

Tabla 6. Total de Centros de Salud de la RAP Metropolitana y número de médicos de MFC (2017)

RAP METROPOLITANA - REGIÓN SUR ASSE		
Subregiones	Centro de Salud	Médicos de MFC
OESTE	CERRO	27
	C.DEL PLATA	4
ESTE	MARÑAS	3
	UNIÓN	8
	JARDINES HIP.	11
	PIEDRAS BLANCAS	11
	MISURRACO	15
CENTRO	SAYAGO	16
	C.VIEJA	2
	GIORDANO	6
	CLAVEAUX	4
SUR	C.COSTA	9
	MONTERREY	3
	CRUZ CARRASCO	7
Oficina Central y en Comisión		5
Total médicos de MFC en RAP Metropolitana		131

Fuente: Pág. web institucional (www.asse.com.uy). Elaboración propia de la investigadora

2.3.3.2. Red de Atención Primaria Canelones.

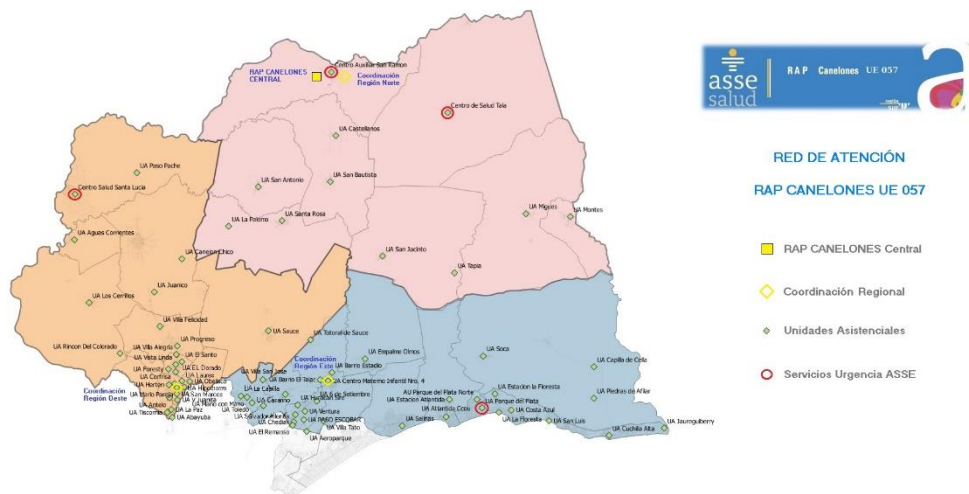
La RAP Canelones se consolida como la UE en el 2015 a partir de la unión de las antiguas UE San Ramón, Tala y Santa Lucía. Está conformada por 77 unidades asistenciales: 4 Centros de Salud, 57 Policlínicas y 16 Consultorios y Puestos de Salud Rurales. En cuanto a su organización territorial actualmente está integrada por las regiones: **Rural** (con 24 unidades asistenciales), **Este** (con 30 unidades asistenciales) y **Oeste** (con 23 unidades asistenciales). Dan respuesta a 173.025 usuarios (Dirección Sistemas de Información, ASSE, 2017) con un perfil diferente al de la RAP Metropolitana, a pesar de estar a pocos kilómetros de la capital urbana, caracterizado por ser un medio rural. En la tabla 7 se observan los CS y el número de médicos de MFC que trabajan en ellos y la figura 3 muestra la distribución geográfica.

Tabla 7. Total de Unidades asistenciales de la RAP Canelones y número de médicos de MFC (2017)

RAP CANELONES - REGIÓN SUR ASSE		
Subregiones	C. de Salud, Policlínicas y Cons./P. de Salud Rural	Médicos de MFC
ESTE	30 - Policlínicas (25) Consultorios (5)	25
RURAL	24 - C.de Salud (3) Policlínicas (14) y Puesto Rural (7)	12
OESTE	23 - C.de Salud (1), Policlínicas (18) y Consultorio (4)	11
Total de médicos de MFC		48

Fuente: Informe Rap Canelones. Elaboración de la propia investigadora

Figura 3. Distribución de Unidades asistenciales de la RAP Canelones (2017)



Fuente: Equipo de Gestión RAP Canelones 2017

2.3.4. Equipos de Salud Mental en las RAPs Región SUR:

En el área de SM para ambas RAPs se cuenta con Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) distribuidos en la mayoría de los CS respectivos. Son equipos de conformación

multidisciplinaria constituidos por Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrico, Aux. Enf., Lic. Trabajo Social, Lic. Psicología y Técnico Administrativo. Sus funciones son: a) ser responsables de la atención ambulatoria de la población derivada por médico de referencia por problemas de SM o trastornos mentales, b) trabajar junto al PNA en el apoyo a las estrategias de promoción de salud y prevención de trastornos mentales. c) realizar intervenciones psicosociales individuales y grupales en las diferentes modalidades previstas en el Plan de Prestaciones de SM del MSP, y otras no previstas que surgen en respuesta a necesidades identificadas por los equipos.

En la RAP Metropolitana se cuenta con 12 ECSM distribuidos en cada uno de los Centros de Salud respectivos y 10 Lic. en Psicología (Psicólogas/os de Área) integrados a los Equipos de Salud de las Policlínicas y puestos de salud del PNA. La siguiente tabla 8 muestra el total de recursos humanos en SM para la RAP Metropolitana.

Tabla 8. Número total de recursos humanos en SM de la RAP Metropolitana según profesión (2017)

Recursos de Salud Mental de los ESM RAP Metropolitana	
Psiquiatra Adultos	42
Psiquiatra Pediátrico	26
Lic. Psicología	62
Lic. Trabajo Social	40
Aux. Enfermería	17
Aux. Administrativos	9

Fuente: Área Información Dirección de SM y Poblaciones Vulnerables. ASSE

En la RAP Canelones, presenta diferencias sustantivas en cuanto a la distribución de los recursos humanos en SM, la mayoría se encuentran ubicados en las estructuras hospitalarias (Las Piedras, Pando, Canelones), existe un ESM (Santorál) itinerante que cubre la atención en las Policlínicas de Tala, San Ramón y Toledo, la tabla 9 presenta su distribución.

Tabla 9. Número total de recursos humanos en SM de la RAP Canelones según profesión (2017)

Recursos de Salud Mental del ESM RAP Canelones	
Psiquiatra Adultos	2
Psiquiatra Pediátrico	1
Lic. Psicología	3
Lic. Trabajo Social	1

Fuente: Área de Información de la Dirección SM y Pob. Vulnerables de ASSE

2.4. Formación integral en Medicina: los recursos humanos en salud en los países desarrollados y el caso de Uruguay.

2.4.1. Internacionalmente:

Como se mencionó a nivel internacional, uno de los aspectos acordados en el campo de la educación de los estudiantes de medicina es la importancia, en su formación, de posibilitar una experiencia clínica integrada que incluya no solo la capacitación en clínica, sino también en el desarrollo de habilidades, simulaciones de eventos clínicos variados y pasantías programadas por diversos dispositivos de salud, como ser: centros del PNA, hospitales, servicios de emergencia, centros comunitarios urbanos, policlínicas rurales y otros establecimientos asistenciales. Considerando lo referido previamente sobre las condiciones necesarias para sustentar los sistemas de salud con enfoque de APS, las sociedades (a través de los académicos y sus instituciones de salud) han sido exigidos a revisar los planes de estudio y los escenarios de prácticas profesionales, preponderantemente desarrolladas en los hospitales. De esta manera promover un nuevo enfoque de práctica médica fomentando capacidades para ejercer su función de acuerdo a las necesidades de la población y contribuyendo al desarrollo de sistemas de salud comprometidos con la prevención y

promoción de salud en el PNA (OMS, 2008). En este sentido promover en los Planes de Estudio de la carrera de medicina, la disciplina de MFC, es una necesidad. Se describe a continuación, en forma resumida, los orígenes de la especialidad de MFC, los obstáculos de la práctica y la realidad nacional en el tema.

2.4.2. Orígenes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad clínica relativamente nueva como tal. Es difícil plantear sus orígenes si se quiere ser riguroso con el hecho de que su práctica se ejerce desde tiempos inmemorables. Las familias de Europa y América del Siglo XIX ya contaban con su “médico de cabecera”, “médico de familia”, referente del cuidado de la salud de sus miembros y la comunidad. No es la intención del presente estudio profundizar sobre los orígenes de la especialidad, no obstante, es innegable reconocer que su historia ilustra los procesos de transformación de los modelos de atención y sus prácticas ligados a los procesos políticos, socioeconómicos y a los avances científicos. El comienzo de la era de la especialización en la primera mitad del siglo XX, deja en evidencia cómo algunos “avances” determinan retrocesos, dividiendo el conocimiento en órganos, desestimulando la perspectiva integral en salud. La Medicina Familiar nace como disciplina clínica con un cuerpo de conocimientos propio en la década de 1960 en Estados Unidos y se extendió en la siguiente década a diferentes países. Un documento británico paradigmático del Royal College of General Practitioners de 1965, advierte sobre la importancia de la formación de posgrado y de la permanencia del médico general (*general practice* y posteriormente *family physicians*) haciendo hincapié ante las autoridades sanitarias y académicas de la época, sobre la necesidad de aceptar la medicina general como especialidad a través de la formación rigurosa y la creación de condiciones satisfactorias de trabajo similares a las que cuentan las otras especialidades (Horder, 1966). En la actualidad, la especialidad logró su consolidación académica. Es obligatoria para todos los países de la Unión Europea, la mayoría de las Facultades de Medicina de Europa cuentan con departamento de Medicina de Familia (MF). En la mayoría de los países la denominan Medicina de Familia (60%) y en otros Medicina General (Reino Unido, Dinamarca y Holanda). En 64% la formación depende del Estado y 36% de las Universidades (Casado, 2018). Los tiempos exigidos para la acreditación del título de especialista oscilan entre dos y seis años. La Unión Europea exige tres años de especialización para ser médico general/médico de familia, con tendencia a incrementarse a cinco (Gervas,2004).

La formación de posgrado de Medicina Familiar en Sudamérica y el Caribe también se desarrolló en la década de los años 1970 específicamente en Cuba, México, Brasil, Bolivia,

Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, a los países restantes les llevó más tiempo, como es el caso de Uruguay.

2.4.3. Obstáculos y dificultades en la práctica profesional.

A 40 años de Alma Ata, sin embargo, algunos autores refieren que se visualiza un horizonte incierto para la APS. Estudios de expertos especialistas en MFC (Minué, 2016; Padula, 2013; Gervas, Starfield, Minué & Violan, 2007) refieren que aún la especialidad atraviesa resistencias que favorecen al descrédito e invisibilidad de la misma. Algunas causas se las atribuyen al prestigio de la alta especialización médica y al abuso de la tecnología, sumado a las condiciones actuales de existencia caracterizadas por la tendencia dominante hacia la búsqueda de la certidumbre y el control¹⁰; el énfasis en dar respuesta a lo inmediato, individual y urgente. Dicho escenario configura el campo propicio para la fragmentación de la persona reduciéndola a un cuerpo fisiológico disociado cuyos múltiples diagnósticos nominan su malestar, sin obtener por ello resultados. Plantean que aún permanece en el ámbito de la medicina la ilusión de alcanzar la perfección a través de la inversión en tecnología, la creación de hospitales y la certificación y protocolización de procedimientos. Otro aspecto que suma al desprestigio de la MFC lo refieren al escaso interés del contenido actual de las consultas en la práctica cotidiana, caracterizada por cuestiones “que podrían resolverse con menor formación”, considerando, aparentemente, que muchas veces lo inaudito y lo desconocido resulta más atractivo y cobra más valor que lo cotidiano. Obteniendo bajo o nulo reconocimiento de parte de la sociedad, los medios de comunicación y las propias instituciones sanitarias que, junto con el alto nivel de demanda y sobrecarga asistencial, las dificultades para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y la reducción progresiva de niveles de satisfacción, generan frustración y desmotivación entre los médicos y la sociedad. Esto se evidencia, en algunos países, a través de las vacantes que quedan descubiertas para cubrir el número de plazas en la formación de especialistas en MFC. Los autores plantean la importancia de promover y recuperar el prestigio y el valor del médico de MFC. Reafirman las ventajas del trabajo a largo plazo, la resolución de las necesidades de la población y su comunidad a través de construir relaciones personales duraderas (longitudinales), basadas en la confianza y en cooperación con otros profesionales y sectores

¹⁰ El Dr. Sergio Minué (2016), MFC profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública alerta sobre lo inevitable de aceptar que la toma de decisiones en el cuidado a la salud de las personas siempre se da bajo un escenario de incertidumbre y cita a Iona Heath (2012) quien refiere sobre el reduccionismo imperante en ciencia y economía que propicia una falsa certeza; las dos consideran al cuerpo como máquina y a la Medicina como la forma de buscar soluciones técnicas y como ambas están desconectadas de cualquier noción de lo que es el sufrimiento humano.

sociales, ejerciendo su profesión con calidad técnica y humana, concibiendo la práctica cotidiana como un reto diario en el abordaje de las incertidumbres características de las consultas del PNA.

Por otra parte, se complejizan aún más los desafíos que enfrenta la especialidad si sumamos a esta reflexión el análisis del devenir de la institución familiar en los tiempos actuales, su incidencia en la construcción de la subjetividad contemporánea y por ende de los colectivos; familia entendida como lugar de convivencia con otros, humanización del individuo y de transmisión de la cultura. Según Roudinesco (2004), la familia que conocemos en Occidente es el resultado de una larga trayectoria que se puede clasificar en tres grandes etapas que se asocian a diversos modelos de familia: 1. el modelo “tradicional” (Siglo XVI-XVIII) caracterizado por la garantía de la transmisión del patrimonio y la autoridad patriarcal; 2. el modelo “moderno” (fines del Siglo XVIII y mediados del Siglo XX), basado en la idea del amor romántico y en que la autoridad provenía del Estado y los progenitores y 3. el modelo “posmoderno” (actualidad), caracterizado por la reunión de dos individuos en busca de relaciones íntimas durante un tiempo relativo y con grandes dificultades para atribuir la autoridad. En este contexto de cambios de estructura y dinámicas familiares el médico de MFC necesariamente se enfrenta al desafío de considerar lo que J. Obiols & A. Stolkiner (2012) denominan como las diversas formas familiares del contexto actual específicamente de la región, afectadas por el aumento de la pobreza, la precarización de las condiciones laborales o el desempleo, la desprotección social, exigidas a reorganizarse en función de la urgencia por la supervivencia y en el intento de contrarrestar los procesos de desafiliación

Frente a este escenario parece ser importante considerar el reto que enfrentan los sistemas de salud para el desarrollo y mantenimiento de la estrategia de APS a través del fortalecimiento del PNA y los equipos de salud que lo integran. Se requiere de estrategias que den impulso no solo a través de la inversión y aumento del presupuesto destinado al mismo, mejorando las condiciones laborales actuales, favoreciendo mayor estabilidad laboral sino también se requiere más reconocimiento y valorización a los modelos de trabajo específicos de los profesionales que conforman los equipos de salud del PNA: interdisciplinarios, comprometidos, formados y reconocidos en tanto componente clave del sistema, del cual este estudio se referirá a uno de sus integrantes, el médico de MFC, quedando abierta la posibilidad de ampliar y profundizar en futuras investigaciones sobre lo demás integrantes del equipo de salud en su globalidad.

Para los médicos de MFC, su formación implica el desarrollo de habilidades para la observación, comunicación interpersonal, potenciación de la escucha y de la palabra y fomento de nociones como la alianza terapéutica y la contención a partir de la creación de un vínculo que promueva la atención longitudinal y el seguimiento. Estos aspectos hacen que

tengan un papel fundamental y altamente diferenciado de otras especialidades (Sanroma, Aragonés, Eichelbaum & Pascual, 2009) y que su responsabilidad de asumir el rol de administrar la puerta de entrada al sistema sanitario (filtro) los transforma en una pieza clave para la prevención, detección oportuna y abordaje de los problemas de salud más frecuentes en lo que se incluyen, como se ha fundamentado previamente, los problemas relacionados con la SM.

Ya ha sido planteado la importancia en la formación de todo médico, y especialmente del especializado en MFC en la detección y abordaje de los problemas de salud mental en tanto la creciente relevancia que tienen los mismos en las consultas del PNA y la comprobación de que muchos problemas de salud calificados como específicamente físicos (en particular las enfermedades crónicas cuya prevalencia va en aumento), se les suma una carga afectiva importante, implicando un sufrimiento psíquico y determinando muchas veces la existencia de comorbilidad.

2.4.4. La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay.

En el contexto del proceso de reforma sanitaria iniciado en Uruguay hace 11 años, se manifestaron cambios en el terreno de la formación universitaria, en tanto se puso en marcha un proceso de revisión de planes de estudio que determinó la modificación y adecuación en la formación del personal de la salud a los requerimientos de las nuevas realidades. Esto se ve reflejado en algunos cambios dentro de los programas de las carreras universitarias en el área de la salud¹¹. En lo que refiere al cambio del Plan de Estudios, aprobado a fines de 2007, de la carrera Doctor en Medicina, el mismo supuso un aumento de las horas de formación en servicios de salud del PNA, se prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario, la inserción temprana del estudiante en el mismo y su permanencia durante toda la carrera. Asimismo, se prevé la existencia de un título intermedio de Técnico en promoción de la salud y prevención de enfermedades (UdelaR, 2007). Es en este marco, que el Consejo de la Facultad crea el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFC), legitimando el surgimiento de la disciplina, proceso que se describe más adelante. Es decir, la Facultad de Medicina propone el nuevo Plan de Estudios orientado a la APS y la Salud Familiar y Comunitaria, cuyos objetivos son adecuar los requerimientos formativos de los médicos al nuevo modelo de atención,

11 Como antecedentes se identifican cambios en los planes de estudios de algunas de las carreras universitarias que integran el área de la Salud de la UDELAR, por ej.: instrumentación de Maestrías y Doctorados en Salud Mental y Primer Nivel de Atención del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería; las Maestrías y Doctorados de la Facultad de Psicología, así como también se están realizando modificaciones en términos de adaptar la formación profesional disciplinar adecuadas a las necesidades de la población, por ej. la Facultad de Psicología a través de la implementación del Programa de Residencias para Psicólogos y de Practicantado de estudiantes avanzados de Psicología en el campo de la salud (Convenio ASSE-Facultad Psicología, UDELAR, 2010).

organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la salud en el PNA. Es así que se implementan a través de un convenio entre ASSE y la Facultad de Medicina (UdelaR) las Unidades Docente-Asistenciales (UDA) con el objetivo de fortalecer la formación de recursos humanos de la salud en espacios comunitarios. Para ello se convocó a los médicos que trabajaban en el PNA de ASSE, a actuar como docentes y recibir a estudiantes de pregrado. Actualmente el DMFC cuenta con aproximadamente 3.000 a 3.500 estudiantes a los que brinda formación de pregrado.

De la revisión del programa de formación del posgrado (UdelaR, 2003) surge que la consideración al componente de SM se incluye en los contenidos de la formación del médico a través de perspectivas como la sociología, antropología y epidemiología aplicadas al enfoque comunitario. A continuación, se expone la definición y campo de acción de la especialidad referida en dicho programa:

“La Medicina Familiar y Comunitaria incluye en sus contenidos a la medicina familiar tal como se entiende y ejerce en múltiples países, desde que la familia es la célula del entramado social. Asimismo, desborda la medicina familiar en aspectos tales como Sociología, Antropología y Epidemiología, aplicadas al enfoque comunitario. - (...) busca ampliar, perfeccionar y extender conocimientos académicos, habilidades y destrezas que no están incluidos en el curriculum de pregrado o sólo aparecen como elementos rudimentarios.”
(Cap. I, Apartado 3. pág.: 4)

En cuanto a los fundamentos clínicos de la formación, se hace referencia a la consideración de la SM entre otras áreas (como medicina, pediatría, ginecología y cirugía), sin desarrollar el alcance de la misma. No obstante, se puede inferir de los contenidos descritos en los once objetivos específicos, dos refieren explícitamente al componente de SM:

“Reconocer los mecanismos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas de los problemas de salud mental más frecuentes y prioritarios de atención en el primer nivel y el papel de la familia y la comunidad en su génesis, evolución y pronóstico”

“Reconocer factores de riesgo biopsicosociales específicos asociados a la aparición de los principales problemas de salud general y mental y emplear técnicas accesibles de abordaje de los mismos.” (Cap.III, pág.: 6)

El programa temático (Cap. IV) refiere estar basado en un enfoque de integralidad e interdisciplinariedad, alertando sobre la necesidad de evitar la compartimentación del conocimiento y de respetar la evolución de los procesos a lo largo del ciclo vital y social del

individuo, su familia y comunidad. En cuanto al contenido curricular del área clínica se detallan a continuación los conceptos y nociones que hacen referencia específica al área de SM y que se seleccionaron para el presente estudio:

“Concepto de salud mental y los determinantes en salud”; “(...) nociones sobre estrés (agudo y postraumático) y sucesos vitales estresantes, los mecanismos de defensa y de afrontamiento”; “(...)maltrato, violencia doméstica (...)”; “(...)prevención primaria y secundaria para aquellos casos de personas con diagnóstico de trastornos psiquiátricos prevalentes, de abordaje ambulatorio.” “(...) Identificación de factores de riesgo psicosociales específicos e inespecíficos”; “Síntomas psicológicos debidos a enfermedad médica o uso de sustancia”; “(...)Intervención en crisis, duelos, separación, situaciones traumáticas, catástrofes, (...) intento de suicidio, abuso sexual, paciente agitado, prevención primaria y secundaria de a nivel individual, familiar y colectivo.”; “Intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares”. “(..) Estrés laboral. Síndrome de burn out.”; “(...) Manejar el contexto socioeconómico sobre el bienestar físico, emocional y social del niño. Evaluar el cumplimiento de los derechos del niño en el ámbito comunitario en el que desarrolle su actividad.”
(Cap. IV, Apartado 1, pág.: 7).

De lo descrito anteriormente se observa que, en la currícula de la formación de posgrado de la especialidad, la inclusión de contenidos temáticos del área de SM como componente de la salud integral de la población, parece tener una consideración preponderante. No obstante, no se aclara si dicha formación es realizada a través de la coordinación con las especialidades del Área de SM de la Facultad de Medicina (Psiquiatría de Adultos, Niños y Adolescentes, Salud Mental en Comunidad, Psicología Médica) u otras Facultades como ser, para este caso la Facultad de Psicología.

Es interesante el proceso que atravesó la especialidad de MFC en el país para su legitimación como tal. Si bien el cargo denominado como “Médico de Familia” se crea por Ley en el MSP en el año 1987 (No. 15.903), el reconocimiento y legitimidad de la especialidad como tal dentro de la Facultad de Medicina llevó un proceso largo y complejo, siendo una de las especialidades más nuevas en la historia de dicha carrera en el Uruguay, colocando a nuestro país en el último país de América Latina en reconocerla como tal. La consolidación de la formación de los MFC, a través de la Escuela de Graduados de la Universidad de la República se concreta a través de la creación del posgrado recién en el año 2002, a cargo del Departamento de Docencia en Comunidad de la Facultad de Medicina. Previamente, en 1996, se dio la incorporación de la especialidad de Medicina Familiar dentro del programa de Residencias Médicas (con 4 plazas de residentes), habiendo egresado la primera generación

en el año 2000, hasta ese momento existían 129 médicos en ASSE en cargos de Médicos de Familia, ninguno titulado en el país (Ponzo, 2013; Nigro, 2011; Kemayd, 2007; Ciriacos, Pietrafesa). Cabe destacar que los primeros médicos de MFC que obtuvieron el título de especialista luego de finalizar las obligaciones curriculares definidas por el Programa de la Escuela de Graduados, lo hicieron en el año 2007. Se sumaron así a aquellos médicos que lo recibieron por competencia notoria o actuación documentada que provenían del Programa del MSP¹² (en el año 1987) o de la actividad docente del Departamento de Docencia en Comunidad (iniciado en 1998) y/o de la Residencia (iniciada en 1996). Fue un largo camino para la consolidación de la especialidad, que determinó en el año 2007, la transformación organizacional del Departamento de Docencia en Comunidad en el denominado Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina con un cuerpo docente específico. El departamento tiene responsabilidad en la formación del pregrado con cursos en el sexto y séptimo años de la carrera de doctor en medicina, donde el estudiante realiza actividades en el consultorio y comunitarias en un área asignada, con una carga de 8 horas semanales durante todo el año curricular

Según lo refieren los artículos revisados, la Residencia de MFC es una de las tres especialidades que cuenta con mayor número de plazas junto con pediatría y medicina interna. Desde el año 2009 los cargos ofrecidos se ampliaron al subsector privado alcanzando a un total de 50 plazas (Jones, Sosa & Vignolo, 2008). Se espera del médico de MFC que cumpla un rol importante en el cambio de modelo propuesto a partir del SNIS dado su entrenamiento en el modelo integral basado en acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo cuidados paliativos.

El programa de formación de la especialidad tiene una duración de tres años con una carga horaria semanal de 48 horas para los residentes y 36 horas para los posgrados. En el año 2012 se habilitó el régimen de residentes en el Interior del país para médicos de MFC significando un estímulo importante para aquellos que vivían alejados de la capital. La especialidad tiene un promedio anual de ingresos de 22 médicos, de lo que se deduce que es un ingreso bajo para los requerimientos de la sustentabilidad del nuevo modelo de atención. El número estimado de MFC para dar cobertura a las necesidades de la población en Uruguay es de aproximadamente 3.000 médicos. (Ponzo, 2013).

El Programa de MFC define la disciplina y su campo de trabajo de la siguiente manera:

¹² En 1987 el MSP en alianza con asesores de la OPS, dicta cursos de capacitación en medicina familiar, durante 3 años, en los que se formaron un total de 130 médicos de familia que desempeñaron funciones en el subsector público. (Kemayd, 2007).

“Definimos la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, como aquella que adquiere un clínico que ejerce en el área extrahospitalaria y que le permite interactuar con la comunidad con la que trabaja, coparticipando con ella y otros agentes sanitarios, con la finalidad de lograr el máximo nivel de salud para el medio.” (UdelaR, 2003: 4), especificando además que debe:

- ✓ *Poseer criterios sanitarios y sociales para hacer de la salud de una comunidad su objeto de trabajo, a partir del impulso de las diversas estrategias conocidas (APS, Municipios Saludables, SILOS, etc.) de modificaciones o combinaciones de las mismas o introducción de nuevos diseños.*
- ✓ *Realizar un diagnóstico de condiciones de salud de la comunidad y de sus integrantes con criterios científicos, siendo capaz de manejar los métodos pertinentes y siendo capaz de gestionar el concurso de los profesionales correspondientes.*
- ✓ *Encarar la planificación, ejecución y evaluación del trabajo de conservación y acrecentamiento de la salud con la participación de las personas que integran la comunidad.*
- ✓ *Ser capaz de diseñar las estrategias de promoción y prevención primaria adecuados a esa realidad específica.*
- ✓ *Usar las herramientas de promoción y prevención establecidas en lo nacional y municipal (programas específicos y de educación para la salud) y los enfoques de riesgo para la realización del diagnóstico precoz.*
- ✓ *Tener capacidad de evaluar el funcionamiento, la calidad y adecuación de los servicios de salud existentes, con relación a la comunidad receptora.*
- ✓ *Ser capaz de impulsar su mejoramiento, la coordinación de ellos entre sí y con centros de mayor nivel, tendiendo a la construcción de un sistema local de salud.*
- ✓ *Poseer conocimientos clínicos sólidos que le permitan abarcar las problemáticas extrahospitalarias que se presentan más frecuentemente, haciendo de la referencia y la contrarreferencia un mecanismo responsable de solución de los problemas y una fuente inagotable de aprendizaje.”*

En cuanto a las condiciones laborales, de un estudio nacional que revela las características de la inserción laboral de los médicos formados en el Posgrado MFC de la Universidad de la República (Nigro, 2011) se describe que la causa más frecuente que determina la dificultad de inserción laboral es la ausencia de demanda para dicha especialidad por parte de las instituciones prestadoras de salud. Dentro de las dificultades relevadas en cuanto a la práctica cotidiana, las más frecuentes se centraron en las dificultades dadas por la inadecuación de registros de las actividades que desempeñan los MFC y las relacionadas con la coordinación

interna (intra niveles de atención), la referencia y contrareferencia, específicamente en la demora para obtener interconsultas y la dificultad para la contrarreferencia de aquellos pacientes que fueron derivados a los especialistas.

Si bien en Uruguay la estrategia de APS está desarrollada a un nivel macro social a través de un marco normativo sólido, su implementación a nivel operativo implica importantes desafíos para el logro de una adecuada integración y coordinación de los cuidados. (Sollazo & Berterreche, 2011).

Este nuevo escenario, exige el fortalecimiento de los recursos humanos del PNA en tanto son los que tienen mayor relación con la población y están en estrecho contacto con la comunidad, habilitando un vínculo vital entre el binomio salud-comunidad, dando cobertura asistencial a un amplio sector de la población, lo que posibilita generar nexos entre la familia, los amigos y las organizaciones comunitarias. Todas estas características permiten generar y dar continuidad a los tratamientos que en definitiva proveen condiciones de disponibilidad, accesibilidad, información y compromiso al proporcionar atención

El panorama descrito previamente da cuenta de la importancia de poder contribuir con un trabajo que describa la situación de la formación en la SM de aquellos recursos humanos de la salud que tienen un alto contacto con la población como lo son los médicos de MFC del sector público. Obtener información y generar conocimiento sobre la opinión de ellos con relación a sus necesidades de formación, así como también, identificar los obstáculos y dificultades a las que se enfrentan para la detección oportuna y el abordaje de los problemas de salud y SM de la población que asisten, aportará a generar propuestas de mejora en la calidad de la respuesta asistencial en beneficio de la población que consulta.

2.5. Preguntas de la investigación.

Como se reiteró previamente, el médico de MFC cumple un papel importante como referente del primer contacto con el sistema sanitario. Sus conocimientos, habilidades y actitudes frente a los problemas de SM son fundamentales para relacionarse con las personas que consultan y realizar una adecuada valoración integral del estado de su salud. Las carencias formativas, así como también las dificultades de coordinación con los servicios especializados de SM, están entre los mayores obstáculos para dar una respuesta adecuada.

Es sabido que capacitar va más allá de la simple transferencia mecánica de información o de herramientas. Existen barreras conceptuales, culturales e institucionales que dificultan el abordaje y que es necesario identificar con claridad y tomar en cuenta en tanto pueden jugar un papel negativo e interferir con las acciones y esfuerzos hacia la prevención y promoción de la salud incluyendo el componente de sufrimiento mental.

En función de la situación descrita las preguntas que orientaron el presente estudio son:

- ¿Cuál es la preparación y conocimiento en SM de los médicos de MFC que trabajan en el PNA de las RAPs de la Región Sur de ASSE?
- ¿Qué dificultades perciben ellos en su desempeño profesional en cuanto al abordaje de los problemas de SM de los pacientes que consultan en el PNA?
- ¿Cuáles son los motivos de consultas más frecuentes, en SM, que reciben en el PNA?
- ¿Cuáles de estos pacientes son derivados a los ESM?, ¿qué criterios se utilizan para dicha derivación?
- ¿Cómo se valora la coordinación entre el PNA y el ESM en relación a las derivaciones que se realizan?

Capítulo 3

OBJETIVOS Y DISEÑO METODOLÓGICO

En el primer capítulo se presentó una contextualización general acerca de los cambios paradigmáticos en los sistemas sanitarios a partir de Alma Ata en cuanto a la implementación y desarrollo de la estrategia de APS, su evolución e impacto a nivel internacional, regional y nacional. Se describió la reestructuración de la atención psiquiátrica en dicho contexto y el desarrollo de políticas en materia de SM alineadas a la estrategia de APS y fortalecimiento del PNA. Se describió como la implementación del SNIS en Uruguay y su puesta en práctica ha priorizado como eje central al médico de MFC como figura referente de la salud integral de la población.

En el segundo capítulo se relataron las experiencias de integración del componente SM en el PNA desarrolladas en Europa y Sudamérica y los requerimientos de formación de los médicos de MFC para poder dar una respuesta integral a la salud de las poblaciones considerando a la SM parte constitutiva de la misma. Este reto supone intrínsecamente la adquisición de saberes y destrezas en la formación del desarrollo de su práctica para la valoración y manejo de las diferentes situaciones clínicas que se le presentan.

En el presente capítulo se exponen los objetivos que se plantearon para este trabajo basados en las interrogantes presentadas en el capítulo anterior y los aspectos referidos al diseño metodológico utilizado.

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General:

Describir la integración de la SM en el nuevo modelo del SNIS en el PNA de la RAP de la Región Sur de ASSE, a través del conocimiento de la formación de los médicos de MFC en salud mental; durante el periodo de marzo a diciembre del año 2017. Con la finalidad de contribuir y fortalecer la mejora de la calidad asistencial brindada por los médicos de MFC a la población que consulta.

3.1.2. Objetivos Específicos:

- a) Conocer la formación y actualización en SM de los médicos de MFC de los Centros de Salud (CS) que integran a la RAP de la Región Sur de ASSE.

- b) Caracterizar la problemática en salud mental en el PNA y su manejo por parte de los médicos de MFC.
- c) Describir las dificultades identificadas por estos profesionales en el abordaje de los pacientes con problemas de SM que consultan en este nivel de atención.
- d) Identificar las necesidades formativas en SM que tienen dichos médicos.

3.2. Diseño Metodológico

3.2.1. Tipo de Diseño.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el capítulo anterior, el diseño de la presente investigación es de carácter exploratorio, descriptivo, transversal con una metodología cuanti – cualitativa. El carácter exploratorio está dado por la escasa bibliografía identificada a nivel nacional, por lo tanto, es un tema poco estudiado, a partir de ello, se pretende dar una visión general, más amplia y aproximativa. Su alcance descriptivo apunta a observar las características y/o perfiles de personas, grupos o procesos y poder especificar propiedades y rasgos importantes del fenómeno en estudio. Es decir, se seleccionan una serie de aspectos sobre los cuales se recolecta información para poder describirlos (Hernández, 2006). Dicha recolección de datos y su respectivo análisis fue realizada en un período de tiempo determinado sobre un subconjunto predefinido. Para el caso específico del presente trabajo, la finalidad fue conocer la integración de la SM en el SNIS, específicamente en el PNA, a través de la formación y actualización en SM de los médicos de MFC que trabajan en la RAP de la Región Sur de ASSE. Además, caracterizar la problemática de la SM y su abordaje por parte de dichos médicos durante el año 2017.

La combinación de metodología cuantitativa y cualitativa permitió profundizar aspectos relevantes (técnicas cualitativas) y al mismo tiempo obtener una visión más amplia (técnicas cuantitativas) sobre la temática a ser abordada. Deslandes y Assis (2002) afirman que, pese a la diversidad de enfoques cualitativos, estos tienen en común el propósito de analizar el significado que los sujetos asignan a los hechos, relaciones y prácticas, o sea, analizan tanto las interpretaciones como las prácticas de los sujetos. Desde el campo de las ciencias sociales, se observa que este enfoque suele centrarse en el estudio de las instituciones, los grupos, los movimientos sociales y el conjunto de las interacciones personales. Se puede afirmar entonces que su objeto de estudio expresa una historicidad (las sociedades humanas viven el presente, están marcadas por el pasado y se proyectan hacia el futuro), una conciencia histórica (los seres humanos y grupos sociales confieren significado e intencionalidad a sus acciones), una identidad entre sujeto y objeto (aunque con distintos referenciales, el investigador y sus investigados comparten la cultura humana) y un carácter

ideológico en el que se evidencian intereses y visiones del mundo (Minayo, 2001). En este sentido, la estrategia metodológica implicó la utilización de técnicas de recolección de información diversa que se denomina triangulación metodológica.

3.2.2. Población objetivo.

De acuerdo al diseño metodológico escogido, se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir se seleccionaron aquellos casos accesibles que aceptaron ser incluidos dada la conveniente accesibilidad y proximidad al investigador. Miles y Huberman (1994) plantean la posibilidad de también trabajar con muestras diversas, utilizadas cuando se busca mostrar diferentes perspectivas para un mismo fenómeno y la complejidad del mismo, documentando de esta forma las diferencias y coincidencias, patrones y particularidades. En esta línea, la población objetivo estuvo focalizada en tres áreas fundamentales: asistencial, académica y de gestión.

En lo que refiere a lo asistencial, se obtuvo la nómina de los médicos de MFC de los departamentos de recursos humanos de las respectivas RAPs de la Región Sur de ASSE, en las cuales se identificó que trabajaban un total de 179 médicos de MFC. Este total de médicos se distribuía de la siguiente forma: a) 48 médicos de MFC en la RAP Canelones y b) 131 médicos de MFC en la RAP Metropolitana.

De acuerdo a los objetivos planteados se definieron los siguientes criterios de selección:

3.2.2.1. Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión considerados para la conformación de la muestra fueron los siguientes:

- 1) ser médico: 1. con la especialidad de MFC finalizada,
- 2) ser médico cursando dicha especialidad y/o se encuentre cumpliendo la función de médico de MFC, y
- 3) estén realizando asistencia directa a los usuarios de los centros de salud del PNA de la Región Sur de la institución ASSE.

3.2.2.2. Criterios de exclusión:

Quedaron excluidos de la presente investigación aquellos médicos de MFC que no cumplían asistencia directa en la Región Sur de la RAP-ASSE y aquellos que no consintieron participar.

En una primera instancia, siguiendo estos criterios, 5 médicos fueron excluidos por estar realizando tareas de gestión en oficinas centrales y no cumplían con el criterio de la asistencia directa. Por lo tanto, 174 médicos de MFC cumplían, hasta ese momento, con todos los

criterios mencionados.

En lo que respecta a la población objetivo correspondientes a las áreas académica y de gestión, se seleccionaron **10 informantes calificados**¹³ de cada sector teniendo en cuenta los criterios que se detallan en el punto 3.2.

3.2.3. Instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de los datos se utilizaron dos tipos de fuentes, por un lado primarias y por otro secundarias. En cuanto a las primeras, las herramientas utilizadas fueron un formulario y entrevistas semidirigidas, en relación a las secundarias se relevaron una serie de documentos, informes institucionales, decretos y programas. El proceso de recolección y las herramientas se describen a continuación.

3.2.3.1. Cuestionario para médicos de MFC del PNA

Para la fase a cuantitativa se utilizó un cuestionario de carácter autoadministrado. Para la confección del mismo se realizó un análisis minucioso de cuestionarios utilizados en experiencias internacionales (OMS, 2008; Hornillos, Rodríguez, González & Fernández, 2009, Latorre, Lopez, Montañes & Parra, 2005; Gualtero & Turek, 1999) que abordaron la misma temática del presente estudio. La OMS es un organismo especializado en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud y tiene elaborados glosarios, cuestionarios y guías con tales fines (OMS, 2008). Las restantes investigaciones tomadas como referencia fueron cuestionarios aplicados en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y en Madrid (España) respectivamente, en los cuales los sujetos de estudio fueron los médicos que trabajan en el PNA y el objetivo fue conocer su opinión sobre los problemas de SM. Es importante destacar que España es uno de los países con mayores avances en políticas de salud general y de SM en particular a nivel internacional.

El cuestionario aplicado (Anexo 1) se compone de 34 preguntas cerradas (dada la modalidad de aplicación), preguntas de opinión y de comportamientos, las cuales se responden de acuerdo a tres modalidades: 1. escalas Likert, 2. respuestas dicotómicas y 3. elección de opciones predeterminadas. Las preguntas se agruparon en 6 apartados, el primero refiere a datos personales de los médicos de MFC, (fecha de nacimiento, sexo y fecha de aplicación del cuestionario); el segundo, indaga sobre la formación de los médicos de MFC (año de obtención del título de grado, institución que lo expidió, formación de posgrado, institución,

¹³ Se consideró informante calificado a aquel profesional que se destaca en el tema o área del objeto de la investigación, según su experiencia o trayectoria y producción académica (Alonso, 1994)

año de obtención del título de especialista, si estaba cursando el posgrado al momento de realización de la investigación, etc.); el tercer apartado investiga sobre el área laboral (cargo que desempeñaba en la institución, modalidad del vínculo contractual¹⁴ (efectivo, interino, contratado, cargo UDA), multiempleo, carga horaria, lugar de trabajo discriminando si es un Centro de Salud, Policlínica y/u (no estoy segura, estaba y/o pero hospital también empieza con o!) Hospital, ciudad y localidad, años de experiencia en el PNA, etc.). El cuarto, relevó la formación específica en SM, (si había recibido formación en esa temática en su carrera de grado, posgrado y/o formación continua, como las evaluaba y cuál fue la duración de las mismas, etc.). El quinto apartado refiere a las características de las consultas en SM y su manejo en el PNA (se indagó sobre la cantidad de pacientes asistidos por día, las problemáticas de SM más frecuentes, derivaciones a especialistas realizadas, qué criterios se utilizaron para las mismas, qué dificultades identificaban en el abordaje de estos pacientes, la valoración de su propio desempeño, tipo de abordajes clínicos utilizados, tipo de relación que establecían con los pacientes, etc.). Es importante destacar que las opciones ofrecidas para clasificar los problemas de SM más frecuentes en la consulta, se basaron en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 10^a revisión (CIE 10) dado que es el utilizado por la institución (ASSE) y en las publicaciones internacionales usadas como referencia.

Para las opciones ofrecidas en el subítem que valoraba el tipo de relación que establecían los médicos de MFC con los pacientes de SM, se plantearon las siguientes categorías: a) reacción positiva de interés (hacía referencia a la motivación, e interés en el trabajo con estos pacientes); b) capacidad positiva de manejo (hacía referencia a la percepción de su empatía¹⁵ y capacidad de manejarse adecuadamente en el abordaje de los pacientes). Estas dos opciones apuntaron a valorar aquellos aspectos positivos del relacionamiento con los pacientes con problemas de SM. Las siguientes 3 opciones, indagaron sobre los aspectos negativos y dificultades percibidas ante el abordaje de estos pacientes. Las mismas fueron: c) incomodidad e inseguridad (refería a la percepción de cierto nivel de dificultad en el manejo

14 Las opciones presentadas en dicho apartado, consideraron como referencia a los distintos vínculos jurídicos laborales de la Institución, referidos en documento de la Gerencia de RRHH de ASSE (ASSE, RRHH, 2017) y se definen de la siguiente manera: **Efectivo/ "Presupuestado"**: comprende a los funcionarios titulares (efectivos) de cargos previstos en la planilla presupuestal del organismo. **Interino / "Contratado Suplente"**: para aquellos casos en los que se produce una vacante temporal que afecte la normalidad del servicio, se contrata por un plazo máximo de 180 días, personal para cubrirla en forma interina y transitoria. **Contratado/ "Contrato de Función Pública"**: es la modalidad de contratación de los Residentes de Medicina. **UDA**: son aquellos profesionales contratados en el marco del Convenio Facultad de Medicina-ASSE-MSP a través de contratos de arrendamiento de servicios administrados por Comisión de Apoyo.

15 En la literatura científica el concepto de empatía o comprensión empática, está relacionado con la comprensión del otro y de su mundo afectivo, al que se llega como resultado de conectar con los sentimientos ajenos (Basch, 1983). Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, H. Kohut (1959) advertía que no se trata de una manera de "ser amable" sino de la capacidad para avanzar en la comprensión del mundo interno del ser humano.

de la relación, d) capacidad negativa de manejo (refería a aquellas situaciones donde se detectan dificultades de manejo más específicas ante las consultas de los pacientes con problemas de SM, e) rechazo (se la entendió como la manifestación de una dificultad evidente identificada y que no permite un buen relacionamiento). La utilización de estas opciones obedeció a categorías usadas en trabajos internacionales utilizados como referencia para la presente investigación.

Por último, el sexto apartado profundiza sobre la vinculación con el Equipo de Salud Mental (cómo el médico de MFC valoraba la articulación entre PNA y el ESM), a través de aspectos tales como: cantidad de contactos, la disponibilidad de los mismos para recibir las consultas y derivaciones realizadas, y la utilidad de dicha coordinación. Así como también, si conocía a los profesionales del ESM y coordinaba con ellos, cómo evaluaba la calidad de la coordinación establecida, y por último qué modalidades de coordinación entendía serían más útiles, ofreciendo respuestas determinadas consideradas en los modelos de colaboración mencionados en el segundo capítulo.

El cuestionario se ofreció en dos modalidades para ser completado: a) por vía papel o b) a través de formato digital considerando las sugerencias de los Directores de los CS donde se aplicó. Para esta última opción, se consideró que los médicos de MFC tuvieran acceso a internet en el horario laboral.

Es importante destacar que se realizó, previo al trabajo de campo, un estudio piloto que permitió identificar problemas de comprensión y tiempo de aplicación, efectuar los ajustes necesarios en el cuestionario para luego utilizar la versión definitiva del mismo.

3.2.3.1.a. Procedimiento:

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de julio y agosto de 2017 y se organizó en tres etapas que se detallan a continuación:

Primera Etapa: Contacto con las autoridades de ASSE y solicitud de autorización.

Se elevó nota expediente a las autoridades de ASSE (Gerencia General, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables y la Dirección de la Región Sur) describiendo resumidamente el tema de investigación, la importancia del mismo y solicitando autorización para la realización del trabajo de campo. Una vez recibida la autorización de respaldo a la investigación, las autoridades de la Región Sur¹⁶ informaron, vía correo electrónico, a las Direcciones de la RAP Metropolitana y RAP Canelones sobre el respaldo, interés y alcance

16 Ver Apéndice 2 Diagrama de procedimiento en la estructura orgánica de las RAPs de la Región Sur de ASSE

de la misma.

Segunda Etapa: Reuniones con Directores de las RAPs y Centros de Salud respectivos.

Una vez informadas las Direcciones de las respectivas RAPs, se recibe la solicitud de presentar esquemáticamente los contenidos del proyecto de investigación a los 14 Equipos de Gestión de cada CS de la RAP Metropolitana y a los 3 Coordinadores Sub Regionales de la RAP Canelones y así organizar el plan del trabajo de campo y ajustar su implementación. Para ello se utilizaron los espacios de Reunión de Coordinación general de las Direcciones de las RAP respectivas en las cuales:

- se presentó el Proyecto de Investigación, metodología y alcance (presentación en ppt), creando un espacio para el intercambio y contestar interrogantes que surgieran.
- se plantea por parte de las autoridades, dado la disponibilidad e interés por el proyecto, de cubrir la totalidad de los médicos de MFC que trabajan en la Región Sur, en vez de obtener una muestra de aquellos médicos de la RAP Metropolitana, que era lo planificado inicialmente. Por lo tanto, se obtiene la nómina de un total de 175 médicos de MFC: de la RAP Metropolitana 127 y de la RAP Canelones 48.
- se puso a discusión y revisión la metodología de aplicación del cuestionario con los Directores y se plantea adecuarla según las sugerencias referidas considerando la realidad de cada CS. Se define que, en algunos de los centros, por la modalidad de trabajo de los médicos de MFC (ubicación geográfica, horario de trabajo, conectividad a la red), la aplicación del cuestionario sea a través de formato digital y en otros en formato papel. Se resuelve ofrecer la opción de aplicarlo en los dos formatos contemplándose los requerimientos y sugerencias de las autoridades de cada CS.
- se define cuáles serán los Centros de Salud en los que se va a aplicar el cuestionario en formato digital y cuáles en formato papel. Para esta última opción, se designa un referente por CS para garantizar su distribución y entrega una vez completados.

Tercera Etapa: Aplicación de los cuestionarios y recepción de los mismos.

- Se obtiene la nómina de médicos de MFC de todos los CS de ambas RAPs con datos de contacto (teléfono y correo personal y/o institucional), CS, Policlínica o consultorio, en el que cumplen funciones.

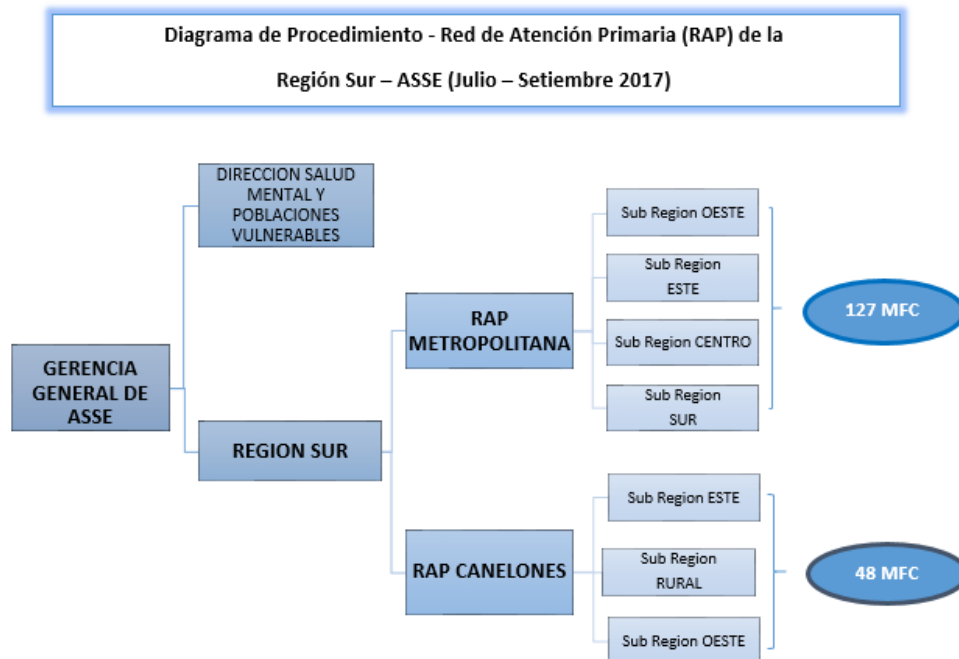
- Las Direcciones de las respectivas RAPs, envían un correo electrónico a cada uno de los médicos MFC informándoles que se autorizó la realización de la investigación, y que se va a dar comienzo al trabajo de campo a través de la implementación del cuestionario especificando que la participación es voluntaria y de carácter autoadministrado. Cada uno de los médicos recibió en archivo adjunto: 1) el resumen del proyecto de investigación, 2) la hoja de información (protocolo), 3) aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología y 4) nota aval de las autoridades de ASSE para la realización de la investigación.

- A aquellos médicos de MFC que pertenecían a los CS definidos para aplicar la modalidad digital, se les envió un correo personal agradeciendo la participación voluntaria en la investigación con el link del formulario que incluía el consentimiento informado. Se les otorgó un plazo de 30 días para ser completados. Se enviaron dos recordatorios y se realizaron llamadas telefónicas a aquellos que aún no lo habían completado en el tiempo estipulado y habían consentido participar.

- A aquellos médicos de MFC que eligieron completar el formulario en formato papel o que por definición de las autoridades del CS se optó por esta modalidad, se coordinó para hacerles llegar el cuestionario junto con el consentimiento informado, designando un referente del CS quien se encargó de centralizarlos una vez completados. Se estableció un plazo de 30 días para ser entregados. En dos CS (Misurraco y La Cruz de Carrasco) a solicitud de sus Direcciones, se realizaron jornadas con los profesionales de ambos centros en las que se presentó el alcance de la investigación y se repartieron los cuestionarios y los consentimientos informados siendo completados, por aquellos que consintían participar, luego de finalizada la jornada.

- Si bien se otorgaron 30 días para completar el cuestionario, desde que se entregaba, se consideraron circunstancias singulares que determinaron que el período de aplicación de los mismos y su recepción se distribuyó en los meses de Julio y Agosto de 2017. En la figura 4 se presenta el Diagrama de procedimiento del trabajo de campo.

Figura 4. Diagrama de procedimiento del trabajo de campo según Organigrama de Región Sur de ASSE (2017)



Fuente: Elaboración propia investigadora - 2017

3.2.3.2. Entrevistas semiestructuradas a informantes calificados.

Como herramienta de recolección de datos para la fase a cualitativa se utilizó la entrevista semiestructurada a informantes calificados. Con esta herramienta se buscó ampliar el abanico de las fuentes de información y seguir alimentando el objeto de investigación y por ende, la comprensión del mismo. Como lo señala Alonso (1998, p.32) “(...) *la entrevista de investigación social encuentra su mayor productividad no tanto por explorar un simple lugar fáctico de la realidad social, sino por entrar en un lugar comunicativo de la realidad, donde la palabra es vector vehiculante principal de una experiencia personal, biográfica e intransferible (...)*”. Esta afirmación nos lleva a plantear, como bien lo hace el autor, que esta técnica demarca cuatro campos básicos de utilización: “(...)1. *Reconstrucción de acciones pasadas: enfoques biográficos, archivos orales, análisis retrospectivos...* 2. *Estudio de representaciones sociales personalizadas: sistemas de normas asumidos, imágenes y creencias prejuiciales, códigos y estereotipos cristalizados...*3 *Estudios de las interacciones entre constituciones psicológicas personales y conductas sociales específicas (...)* 4. *Prospección de los campos semánticos, vocabulario y discurso arquetípicos de grupos y*

colectivos (...)" (Alonso, 1998, p. 45).

Se optó por esta técnica dado que habilita, a partir de una pauta general, guiar e invitar al entrevistado al diálogo espontáneo en el tema, introducir preguntas adicionales que permiten obtener mayor información, así como también precisar conceptos sobre el tema tratado (Hernández, 2006). Las entrevistas tuvieron como objetivo central recoger información acerca de comportamientos, actitudes y opiniones de los gestores de salud y docentes, con diferentes jerarquías, en relación a la temática abordada. A su vez, intentaron captar las representaciones, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc., dominantes de un determinado estrato en relación a la consideración de la problemática en salud mental en el PNA.

Para el diseño y estructura de la pauta de entrevista (Anexo 2) se tuvo en cuenta las dimensiones establecidas para la fase cuantitativa adaptadas al abordaje de esta técnica cualitativa, explorando y profundizando en los campos específicos que hacen a la particularidad de esta fase. A tales efectos se diseñaron dos pautas de entrevista que tuvieron como finalidad indagar sobre la formación del médico de MFC y la concepción sobre el modelo de atención en SM, considerando a las dos instituciones involucradas.

Se abarcaron 6 dimensiones a saber: para el caso de los académicos (UdelaR y Universidad Privada): 1. datos generales (cargo/grado, lugar de trabajo y antigüedad en el puesto); 2. información sobre la especialidad de MFC (historia de la especialidad, objetivos del programa del posgrado, número de docentes, cupo de posgrados y residentes, etc.); 3. formación y perfil del médico de MFC (perfil del título, carga horaria, formación en SM, docentes que la realizan, marco referencial, necesidades de formación en SM, etc.); 4. conocimiento sobre las características de la población usuaria de ASSE y de las consultas en el PNA (motivos de consulta más frecuentes, manejo de pacientes con problemas de SM, criterios de derivación, etc.); 5. relacionamiento entre el médico de MFC y los equipos de SM y 6. conocimiento de la reglamentación vigente en materia de SM.

Para el caso de los entrevistados en ASSE: 1. datos generales (cargo/función, lugar de trabajo y antigüedad en el puesto); 2. información sobre las líneas estratégicas y modelo de atención (como se operativiza, cuantos equipos de salud hay, cómo están constituidos, cual es el modelo de atención en SM que prevalece, como evalúa las respuestas a la demanda de problemas en SM, etc.); 3. Requerimientos en formación de los recursos humanos (perfil del cargo de médico de MFC, modalidad de contratación, compromiso funcional, etc.); 4. Características de la población usuaria (número de afiliados, perfil sociodemográfico, problemática frecuente del PNA, valoración de la respuesta, etc.); siendo las dos últimas dimensiones abordadas similares a las utilizadas para los participantes de la academia.

Originalmente se pensó realizar aproximadamente unas 15 entrevistas semiestructuradas, finalmente se realizaron 10 dado que, en el desarrollo de las mismas, se observó que en ese número ya se había llegado a un punto de saturación adecuado.

La selección de los informantes calificados se realizó considerando los ámbitos de ejercicio profesional y el académico (ASSE y Formación Universitaria). Siguiendo el criterio mencionado en el párrafo anterior, se seleccionaron a las autoridades con diferentes niveles de jerarquía en tanto referentes claves para indagar las estrategias institucionales y formativas definidas en el objeto de estudio. De ASSE, se entrevistó a un representante de la Gerencia General, a la Dirección de la Región Sur, a las Direcciones de RAPs Metropolitana y Canelones, a un Director de Centro de Salud y a la responsable de la División Capacitación. En el ámbito académico se entrevistaron a algunos docentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UdelaR (Grado V, 1 Gr. IV, 1 Gr. III y 1 Gr. II) y al Coordinador de la Maestría en MFC de la Universidad Privada, en tanto, en el procesamiento de datos de los cuestionarios, surgieron casos de médicos especializados titulados a nivel de una Universidad Privada.

3.2.3.2.a. Procedimiento

A continuación, se describen los diferentes pasos que se desarrollaron durante el trabajo de campo para esta fase, realizada durante los meses de agosto y setiembre de 2017:

➤ Contacto y coordinación con los informantes calificados seleccionados:

Una vez seleccionados los informantes calificados, considerando los criterios planteados anteriormente, se obtuvo la información de contacto en las respectivas instituciones. Se les envió una nota por vía electrónica a sus casillas de correo institucional, en la que describía resumidamente el tema de investigación, la importancia del mismo y se les invitaba a participar a través de una entrevista semiestructurada. Se adjuntó nota aval de las autoridades de ASSE para la realización de la misma, nota del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología, resumen de la investigación, hoja de información y consentimiento informado. Se coordina día y lugar.

➤ Realización de las entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas se realizaron en los lugares acordados (mayoritariamente fueron en los lugares de trabajo) en un horario convenido previamente.

Se buscó espacios que mantuvieran la privacidad y que favorecieran a generar un clima de confianza para desarrollar la entrevista. Se les solicitó a los entrevistados que firmaran el

consentimiento informado y autorización para grabar las mismas. Tuvieron una duración aproximada entre 45 y 60 minutos.

3.2.4. Análisis de los datos obtenidos.

Para la fase cuantitativa, los datos relevados en el cuestionario tanto en formato papel y digital, fueron procesados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 18. Se realizó una prueba de consistencia que corroboró que las personas encuestadas coincidieran con los criterios de inclusión mencionados. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado a partir del plan de análisis que permitió arribar a los objetivos definidos.

Para la fase cualitativa, las entrevistas semiestructuradas a los informantes claves fueron desgrabadas y transcritas a formato papel para luego realizar un análisis de contenido de las mismas. Para dicho análisis, se trabajó a través de categorías en donde los datos se transforman y los textos pasaron a clasificarse en unidades que pudieron relacionarse entre sí, compararse y agregarse a unidades mayores. Esto implicó también, pasar del texto y sentido literal de los relatos a categorías y relaciones subyacentes entre categorías que producían un sentido y prácticas en contextos específicos (Huberman & Miles, 1994). De esta manera, la información relatada no se redujo a datos numéricos cuantificables, sino que se buscó destacar la “riqueza” (densidad) de lo lingüístico de las respuestas espontáneas en el contexto del encuentro entrevistado-entrevistador.

3.2.5. Consideraciones Éticas.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología de la UdelAR (Exp.:191175-000221-17). Como se mencionó anteriormente, se les solicitó a los sujetos participantes (los médicos de MFC y los informantes calificados seleccionados) consentimiento para participar en la misma de manera libre e informada mediante la firma del documento (Anexo 3), en el cual se les aseguró la confidencialidad en el manejo de la información obtenida. Para el caso de las entrevistas semiestructuradas, se acordó con los participantes que, para el análisis y redacción de resultados, se mantendría el anonimato de los mismos a través de la asignación de un código, lo que garantizó que no existiera posibilidad de identificación del dato por terceros. Previo a su participación, se le entregó a cada uno la hoja de información (Anexo 4) en la que se describen los objetivos de la investigación y las actividades que implicaban su participación, así como también el explicitación de que no existían ni riesgos ni beneficios que podrían generarse en el desarrollo del llenado de los cuestionarios y de las entrevistas. De esta manera se cumplió con la

normativa vigente en relación a investigaciones con seres humanos (Decreto No. 379/008), así como también con lo previsto por el Decreto CM/515/08 (2008) en cuanto a la ponderación de riesgos y beneficios.

Se entiende pertinente destacar que la inserción laboral de la investigadora en la propia institución ASSE, plantea por un lado una mayor accesibilidad a los datos necesarios y menores tiempos de respuesta para la toma de decisiones de las jerarquías de la institución. Sin embargo, por otro lado, presento algunas limitaciones que se describen en el siguiente capítulo de resultados.

Capítulo 4

RESULTADOS Y ANÁLISIS

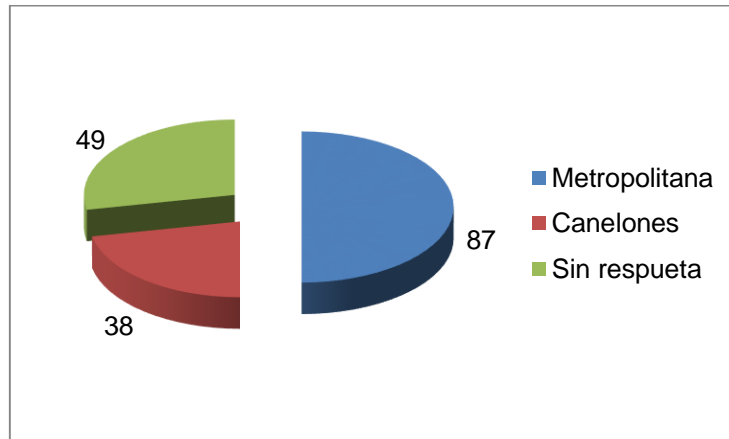
En el presente capítulo se presentan los resultados y análisis de los datos recogidos con las diferentes herramientas utilizadas (cuestionarios y entrevistas) para, a partir de ello, describir, en líneas generales, las características de la integración del componente de SM en el nuevo modelo del SNIS en el PNA de la RAP de la Región Sur de ASSE, a través del conocimiento de la formación de los médicos de MFC en salud mental.

4.1. Fase cuantitativa

De los datos recabados a través de los cuestionarios que completaron los médicos de MFC de las RAPs de la Región Sur en el periodo transcurrido de julio a setiembre de 2017 se destaca lo siguiente: de un total de 175 médicos de MFC que trabajan en asistencia directa en el PNA, completaron el cuestionario un total de 125 médicos. Esto significa que se obtuvo una tasa de respuesta de 70%¹⁷. De esos 125 formularios, se destaca que casi un 70% corresponde a médicos de MFC que trabajan en la RAP Metropolitana y el 30% restante lo hace en la RAP Canelones. Si se discrimina el número de médicos de MFC por zonas de la RAP se observa que: a) de los 127 médicos de MFC que trabajan en la RAP Metropolitana, 87 completaron el cuestionario (68,5%) y b) de los 48 médicos de MFC de la RAP Canelones, 38 completaron cuestionarios (79%). De lo que se observa que a pesar de que el número de médicos de MFC en la RAP Canelones es menor, se obtuvo un mayor porcentaje de respuestas. El gráfico 1 muestra el total de médicos de MFC discriminados de acuerdo a quienes respondieron según RAP, el gráfico 2 presenta la distribución de cuestionarios completados según zonas de las RAPs de la Región Sur, en el gráfico 3 se observa la distribución de los cuestionarios completados según los servicios de salud de las 4 subregiones que componen la RAP Metropolitana y el gráfico 4 muestra la distribución de los cuestionarios completados según los servicios de salud de las subregiones que componen la RAP Canelones.

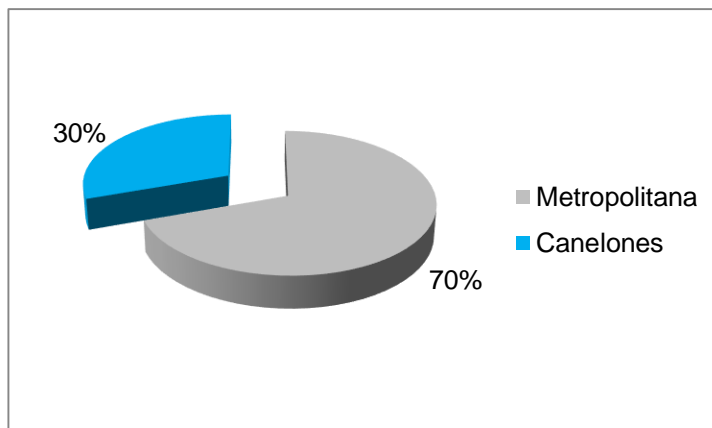
¹⁷ Como se describió en el capítulo 4 sobre el diseño metodológico, se ofrecieron dos modalidades para completar los cuestionarios: a) formato electrónico y b) formato papel. Se obtuvieron 71 cuestionarios en formato electrónico a los que se sumaron 54 en formato papel, completando un total de 125.

Gráfico 1. Frecuencia de cuestionarios completados según RAP de la región SUR (2017)



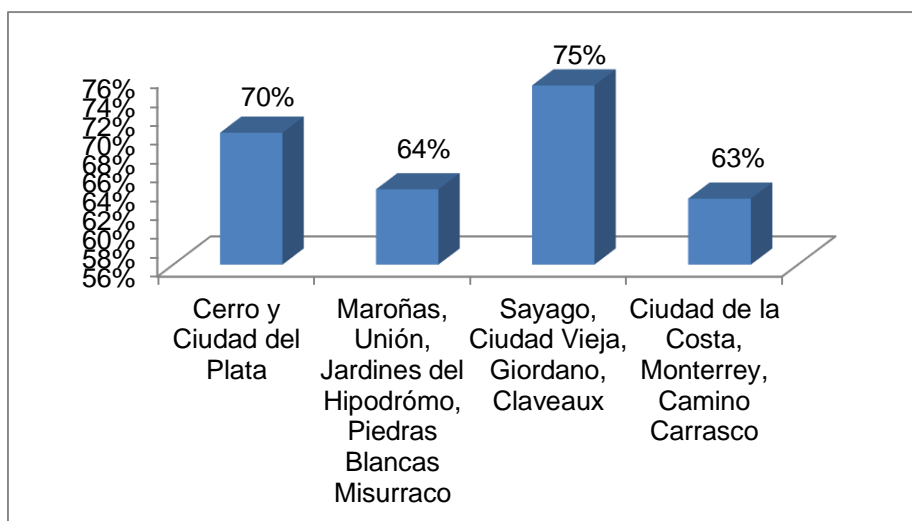
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Gráfico 2. Distribución (%) de cuestionarios completados según zonas de la Región Sur de la RAP - ASSE (2017)



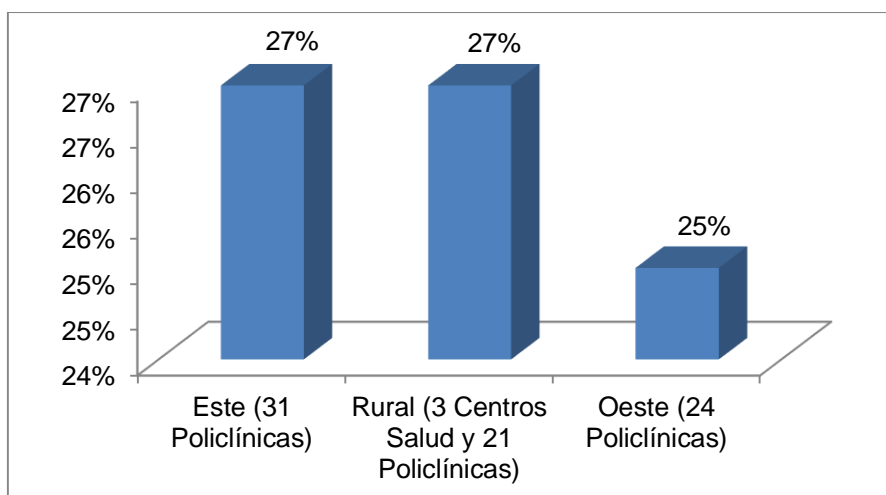
Fuente: Departamento RRHH RAP Metropolitana, ASSE (2017). Elaboración propia de la investigadora.

Gráfico 3. Distribución (%) de cuestionarios completados según Centros de Salud de las 4 subregiones de la RAP Metropolitana (2017)



Fuente: Departamento RRHH RAP Metropolitana, ASSE (2017). Elaboración propia de la investigadora.

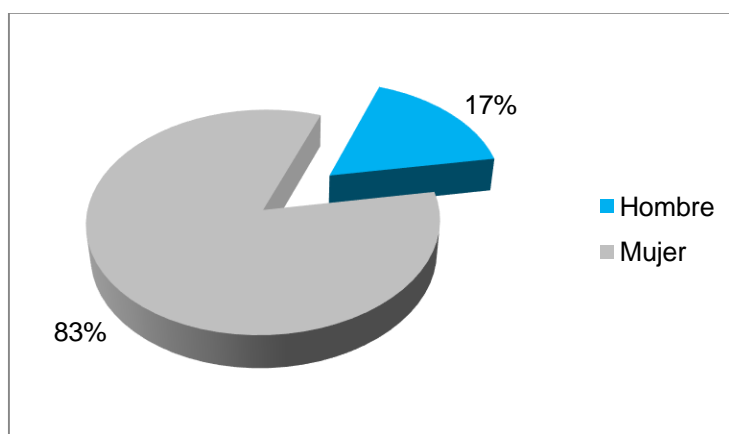
Gráfico 4. Distribución (%) de cuestionarios completados según Centros de Salud y Policlínicas de las 3 subregiones de la RAP Canelones (2017)



Fuente: Departamento RRHH RAP Metropolitana, ASSE (2017). Elaboración propia de la investigadora.

Del total de médicos de MFC que completaron los cuestionarios se observa, de acuerdo al sexo, una amplia mayoría de mujeres con 83% frente a 17% de hombres, dicha proporción seguiría la tendencia que se destaca en la literatura internacional (Petroni, 2018; Colegio Médico del Uruguay, 2018) en cuanto a la feminización de la carrera y de esta especialización en particular. El gráfico 5 presenta dicha proporción.

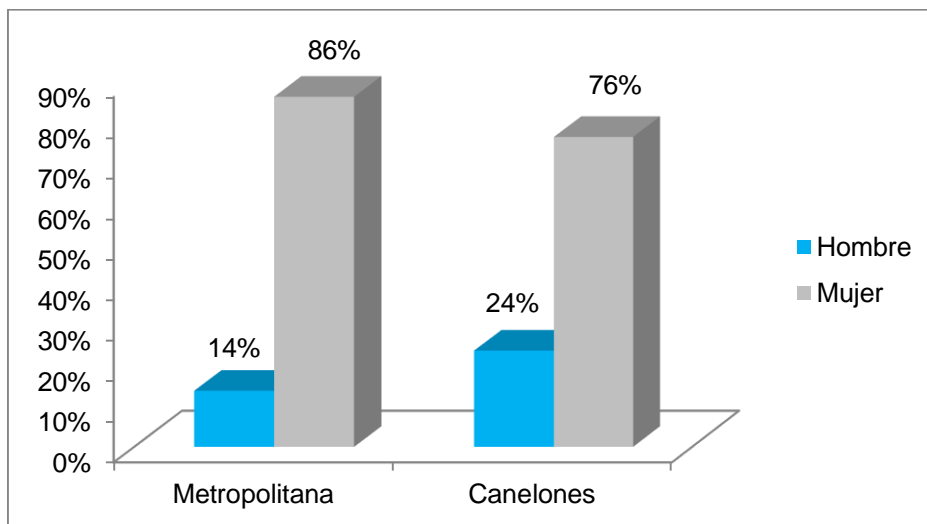
Gráfico 5. Distribución (%) del total de médicos de MFC que completaron formulario según sexo (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora (2017)

La distribución es pareja si la discriminamos por RAP, siendo la diferencia mayor en promedio de varones en la RAP Canelones. Dichos datos se pueden observar en el gráfico 6.

Gráfico 6. Distribución (%) de médicos de MFC según RAP y sexo (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a la edad promedio de los encuestados es de 43 años en un rango que va desde 30 a 68 años, sin que se observen diferencias significativas entre ambas RAPs, presentando una media de 43 años para la RAP Metropolitana y de 42 años para la RAP Canelones. La tabla 10 resume los datos presentados hasta el momento según RAP – ASSE.

Tabla 10. Características generales de los médicos de MFC encuestados (2017)

	Red de Atención Primaria - Región Sur		
	Media o (%) Metropolitana (n= 87)	Canelones (n= 38)	Total (n= 125)
Sexo			
Hombre	14%	24%	17%
Mujer	86%	76%	83%
Edad			
Media	43,2	42,5	43
Situación laboral			
Efectivo	72%	74%	73%
Interino	6%	---	4%
Contratado	17%	13%	16%
UDA	1%	3%	2%
Efectivo/Contratado	1%	---	3%
Efectivo/UDA	2%	---	1%
Sin dato	---	11%	2%
Carga horaria semanal			
Media	36,5	36,7	36,6
Experiencia PNA			
de 1 a 4 años	26%	21%	25%
De 5 a 9 años	32%	34%	33%
De 10 a 14 años	15%	24%	18%
De 15 o más	20%	21%	20%
Sin dato	7%	---	5%

Fuente: Elaboración de la propia investigadora con colaboración Lic:Jimena Pandolfi

4.1.1. Formación de Grado y Especialidad:

De acuerdo al año de obtención del título de grado se observa que la mayoría (69%) de los médicos se recibió en el periodo comprendido entre 2005 - 2014, seguido por aquellos que lo hicieron durante 1981 - 2004 (31%). De los 125 Médicos encuestados, 89% se graduaron en la Universidad de la República, 5% refieren haberlo hecho en el extranjero, 6% no lo detallaron.

Especialidad

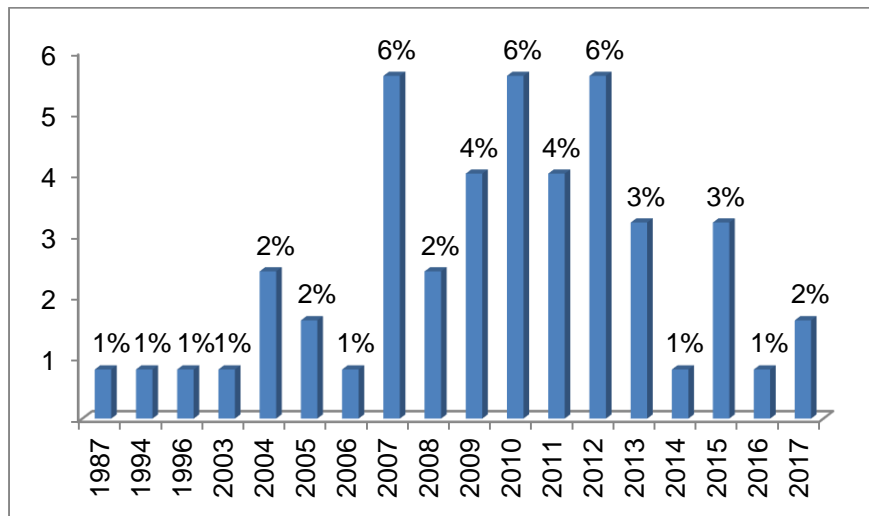
El 94% de los encuestados declararon tener especialidad, 6% refieren no tenerla. Entre los motivos declarados se destacan no haber realizado la prueba final y tener pendiente la entrega de la monografía.

Del 94% mencionado, la amplia mayoría (92%) refieren ser especialistas en MFC, de los cuales el 8% la estaban cursando al momento de la aplicación del cuestionario: 4 en carácter de Residentes de la especialidad, 2 están cursando el tercer año de la especialidad, 1 el segundo año y 1 el primer año) y 6 médicos cursando el posgrado. Aproximadamente 6% de los médicos de MFC mencionan tener otra especialidad finalizada o estar cursándola (Esteticista, Homeopatía, Psicología Familiar y Sistémica, Tabacología, Diabetología, Master en Atención Temprana y Toxicología). Las otras especialidades (2% restante) mencionadas que no corresponden a MFC, son: Gestión de Servicios de Salud, Geriatria, Master en Nutrición que se contemplaron dentro de la población estudiada en tanto realizan asistencia en el PNA con las mismas responsabilidades que las definidas para el Médico de MFC. Esta situación pone de manifiesto la existencia de casos (9% de los encuestados) de médicos contratados por la Institución (ASSE) que no certifican su especialización o están especializados en otra área y ejercen la función de médico de MFC en el PNA en carácter de lo que denominan Médico General.

En cuanto a los años de obtención del título de la especialidad, se observa que el mayor porcentaje de recibidos se presenta en los años 2007, 2010 y 2012 con un 6% respectivamente. La titulación del resto de los especialistas se distribuye entre los años 1987 y 2015. Esto es coincidente con el año de creación y aprobación del Departamento de MFC por el Consejo de la Facultad de Medicina y los primeros títulos expedidos por el mismo¹⁸. Se podría inferir que los médicos especializados en MFC que desempeñan funciones en el PNA de la región Sur de ASSE pertenecen mayoritariamente a las cohortes que se formaron en el período en que la especialidad ya estaba consolidada como tal en el programa de posgrado en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Hay un bajo porcentaje que obtuvieron el título en la Universidad Privada, reconociendo que hay diferencias significativas en cuanto a la calidad de la formación, como se observa en las entrevistas, en cuanto a las diferentes exigencias y contenidos curriculares así como también en la carga horaria. El gráfico 7 ilustra la distribución de años de obtención del título de la especialidad.

¹⁸ Por mayor información sobre la historia de la creación del Departamento de Medicina Familiar Comunitaria de la Facultad de Medicina (UDELAR) remitirse al Capítulo 2, ítem 2.4.4.

Gráfico 7. Distribución (%) año de obtención del título de especialidad en MFC de los médicos encuestados (2017).



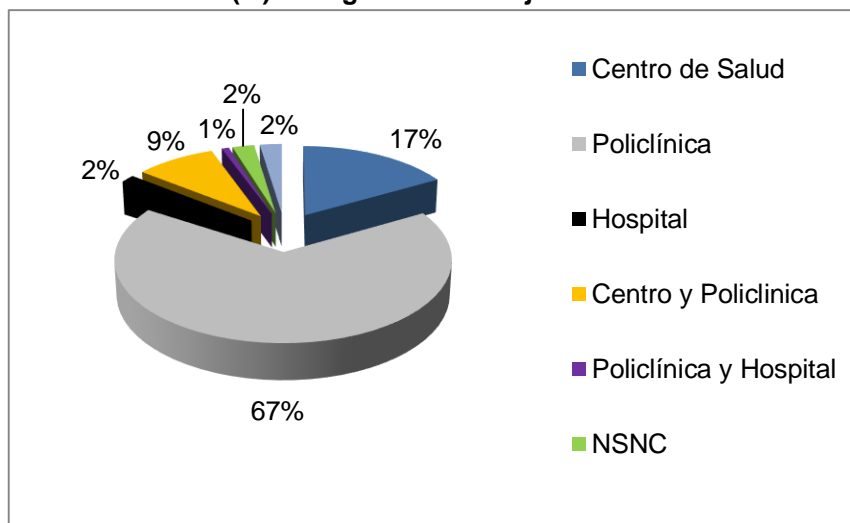
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

La mayoría de los títulos (79%) de la especialidad en MFC, fueron otorgados por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, 11% por Universidad Privada y apenas 7% lo obtuvo en el exterior (2 en Cuba, 1 en España).

4.1.2. Área Laboral: Lugares de trabajo y características de los cargos.

Del total de médicos encuestados que se desempeñan en las RAPs de la Región Sur de ASSE, se destaca que 68% trabaja en Policlínica, seguido por aquellos que se desempeñan en Centros de Salud (16%) y en Policlínica y Centro de Salud (9%), el resto se distribuye en Hospital (1,6%) y en los tres servicios conjuntamente (2,4%). Las distribuciones de lugares de trabajo se presentan en el siguiente gráfico 8.

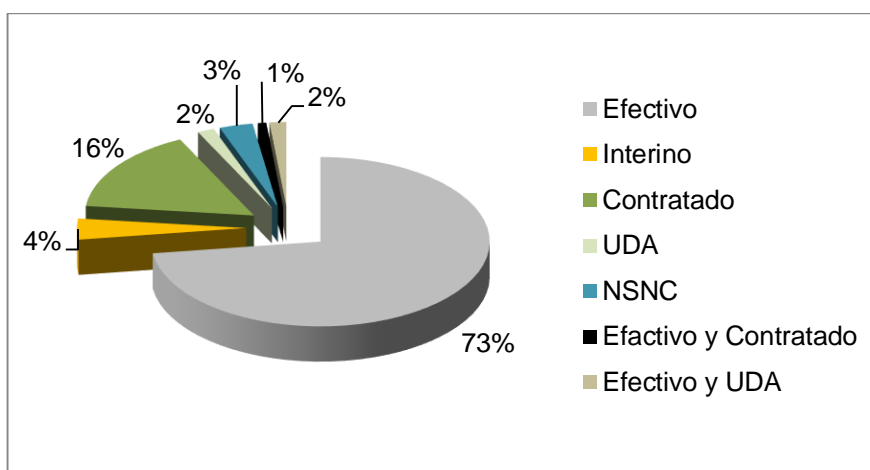
Gráfico 8. Distribución (%) de lugares de trabajo de los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a las características de los cargos¹⁹ se observa una distribución heterogénea, la misma presenta las siguientes características: 73% son efectivos, 16% son contratados, 4% tiene cargos interinos, 2% son efectivos y además se desempeñan en Unidades Docente Asistenciales (UDA) y un 2% son cargos UDA. El gráfico 9 describe los porcentajes de los diferentes vínculos contractuales de los médicos de MFC de la Región Sur de ASSE.

Gráfico 9. Distribución (%) de modalidad contractual de los médicos de MFC de la Región Sur de ASSE (2017)

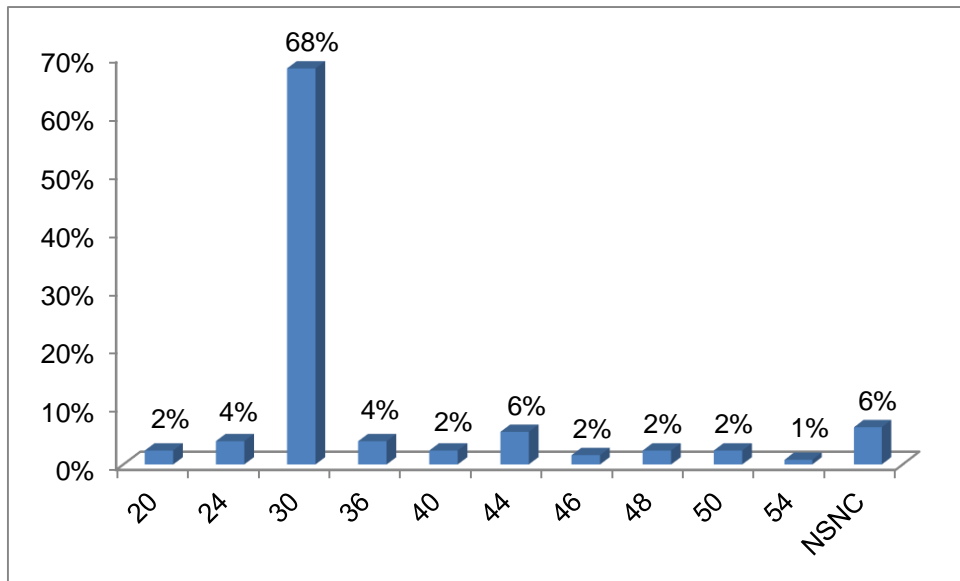


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a la carga horaria que realizan se observa que 68% trabaja 30 horas por semana, seguido de aquellos que lo hacen 44 horas semanales (5,6%), coincidiendo mayoritariamente con lo exigido en el contrato laboral para dichos especialistas. Existe un porcentaje de médicos (6,4%) que refieren trabajar entre 20 y 24 horas semanales. El siguiente gráfico 10 presenta dicha distribución.

¹⁹ En el Capítulo 3 de Diseño Metodológico, en el ítem 3.2.3.1. correspondiente al Cuestionario se definen las distintas modalidades de contratación que presenta la institución.

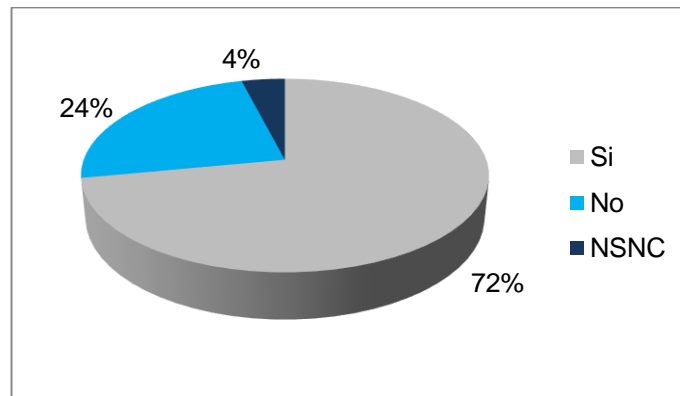
Gráfico 10. Distribución (%) de horas de trabajo por semana de los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Interrogados sobre otras inserciones laborales, las respuestas obtenidas muestran que 72% de los encuestados refieren tener otro trabajo además del que desempeñan en ASSE, solo 24% refiere que este es su único empleo. En el gráfico 11 se observa dicha distribución.

Grafico 11. Distribución (%) de horas semanales según multiempleo de los médicos de MFC (2017).



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

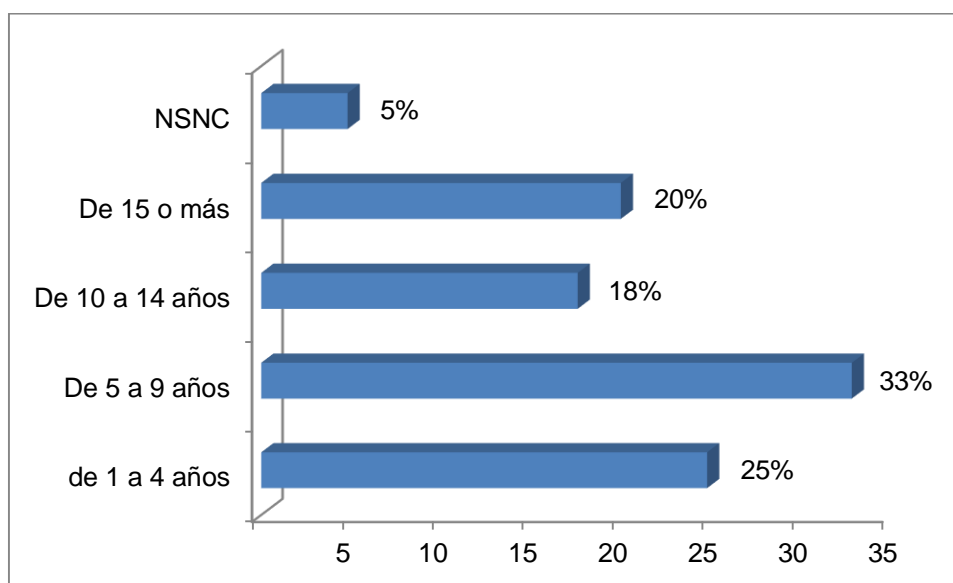
Del 72% que declara tener otros empleos, 23% manifiesta trabajar un promedio de 50 a 60 horas semanales total, 3% refieren trabajar 43 horas semanales, 2% realizan 72 horas y uno de los encuestados refiere trabajar 96 horas semanales. Es importante destacar que, en el presente estudio, no se profundizó sobre los turnos y/o regímenes en que se cumplían las horas declaradas. De lo informado para el caso de aquellos médicos que trabajan entre 72 a

96 horas semanales, podría pensarse que fueron consideradas en las respuestas, las guardias de 24 horas.

4.1.3. Años de experiencia en el PNA.

Aproximadamente 38% del total de los médicos de MFC que completaron el cuestionario refieren tener más de 10 años de experiencia laboral en el PNA, 33% de 5 a 9 años y 25% de 1 a 4 años. Es decir, 70% de los encuestados tienen más de 5 años de experiencia de trabajo en el PNA de la Región Sur de ASSE. En el gráfico 12 se presentan los valores referidos.

Gráfico 12. Distribución (%) de años de experiencia en el PNA de los médicos de MFC de la Región Sur de ASSE (2017)

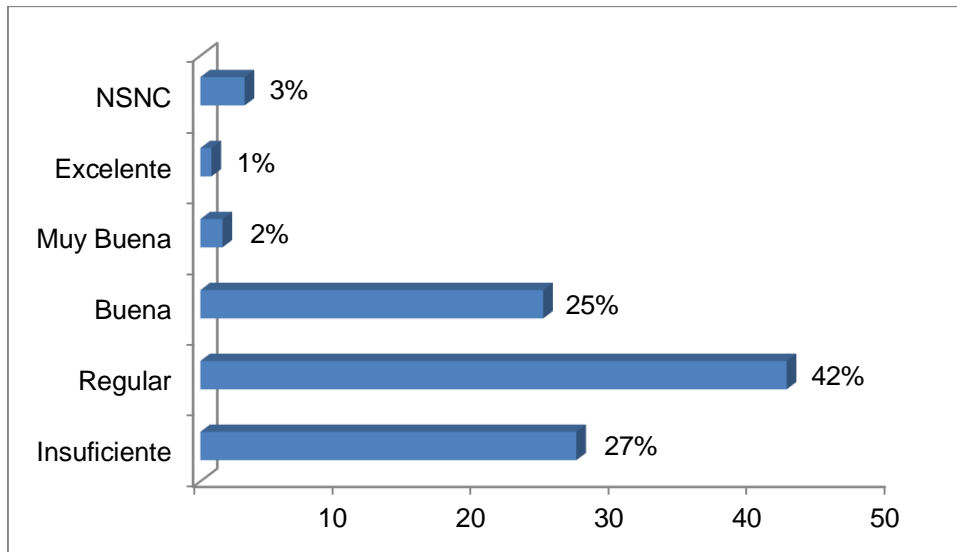


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

4.1.4. Formación en Salud Mental (SM) recibida durante Grado, Posgrado y Formación Continua:

Según las respuestas obtenidas, 98% de los médicos de MFC declara haber tenido formación en SM mientras cursaron el grado. En relación a cómo los profesionales valoraron dicha formación se destaca que 42% plantea que fue regular, seguido de 27% que declara que fue insuficiente, 25% buena, 2% muy buena y apenas 1% excelente; 3% no respondió este ítem. De estos datos, se desprende que 69% entiende que su formación en SM fue deficitaria en comparación con quienes la valoraron como buena, muy buena y excelente. La distribución de la evaluación de la formación en SM de los médicos de MFC durante el grado se observan en el gráfico 13

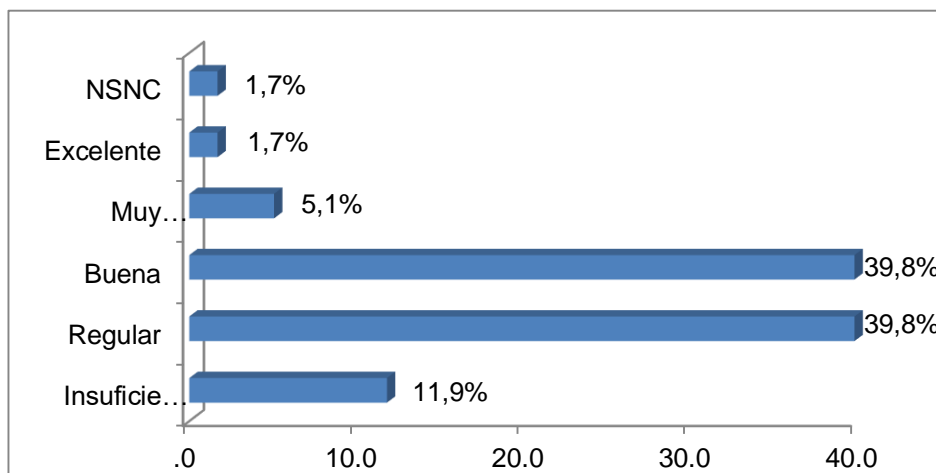
Gráfico 13. Distribución (%) de la forma en que evaluaron la formación en SM durante el Grado de los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a la formación en SM durante el posgrado se destaca que 94% de los encuestados refiere haber recibido dicha formación. En relación a cómo valoraron la misma, se destaca que 11,9% declara que fue insuficiente, 39,8% la calificaron como regular, 39,8% buena, 5,1% muy buena y apenas 1,7% excelente; 1,7% no respondió este ítem. De estos datos se desprende que más de la mitad (aproximadamente 52%) de los médicos de MFC entiende que su formación en SM durante el posgrado fue deficitaria en comparación con el 46,6% que la valoraron como buena, muy buena y excelente. Los presentes datos se observan en el gráfico 14.

Gráfico 14. Distribución (%) de la forma en que evaluaron la formación en SM durante Posgrado los médicos de MFC (2017)

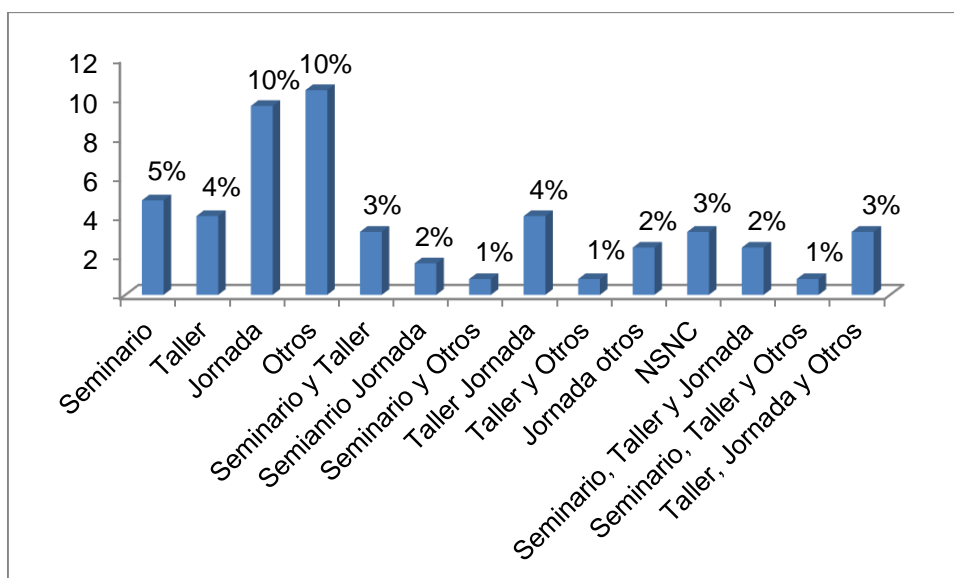


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Los datos ilustran que una amplia mayoría refiere haber tenido formación en SM durante la formación de grado y posgrado revelando, para ambos períodos, un margen de respuestas del 98% y 94% respectivamente. Sin embargo, la evaluación que realizan de las mismas, muestra diferencias significativas para ambos periodos; hay mayor descontento con la formación en SM a nivel de grado (69%) que en el posgrado (51,7%) Mientras que la valoración más positiva se puede observar en el posgrado (46,6% vs 28%).

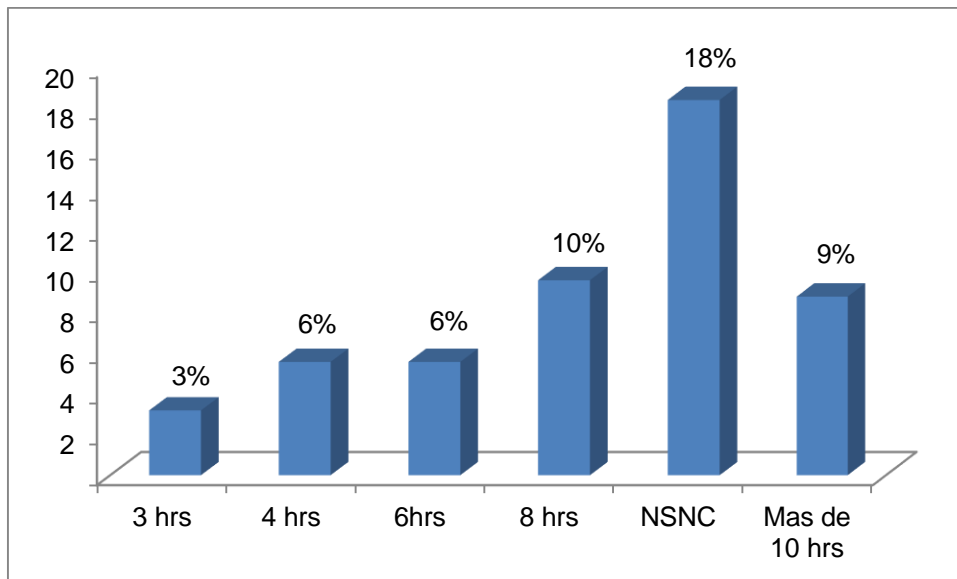
Otro aspecto indagado sobre este ítem fue si los profesionales habían realizado cursos de formación continua, en el componente SM, aparte de los conocimientos adquiridos en la carrera de grado y posgrado. En relación a ello, aproximadamente 50% declara haber realizado cursos de formación continua en SM. Se observa en relación a los mismos la siguiente distribución en cuanto a la modalidad o tipo, duración y tiempo que transcurrió desde el último curso realizado: a) 38% realizó talleres, seminarios y jornadas, b) 20% manifestaron haber realizado cursos o talleres con una duración de entre 4 y 6 horas, 10% refirió haber tomado cursos de 10 horas de duración. Se destaca que 30% de los profesionales marcaron la opción de no recordar la duración de los cursos que realizaron. En relación al cuando realizaron el último curso, se observa que: 31% lo hicieron en un periodo entre 6 a 12 meses previo al estudio y 30% manifiestan haberlos realizado hace más de dos años (2014), 14% no lo recuerdan. En los gráficos 15, 16 y 17 se presentan dichos datos.

Gráfico 15. Distribución (%) del tipo de formación continua en SM realizada por los médicos de MFC (2017)



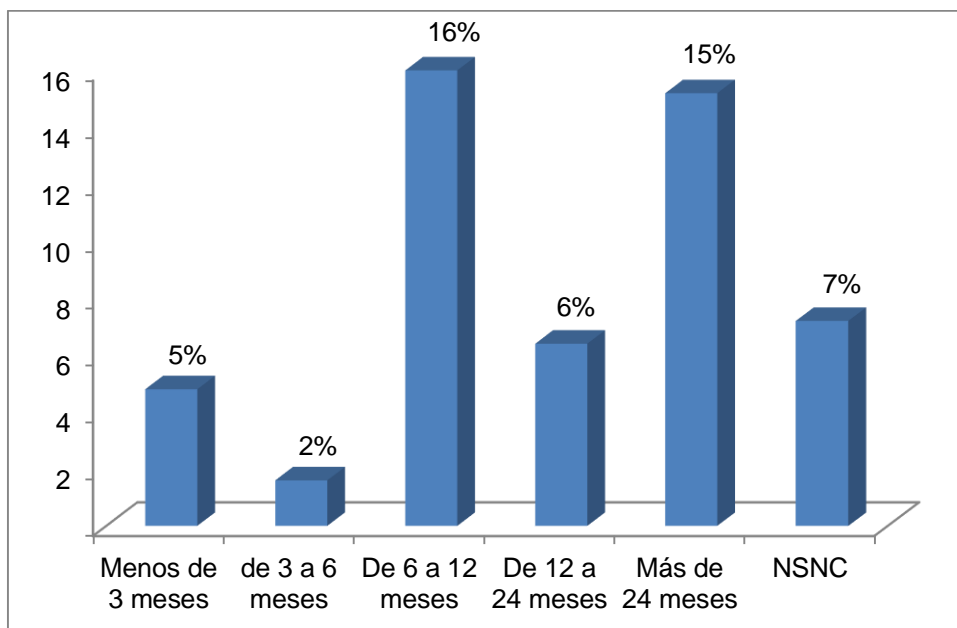
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Gráfico 16. Distribución (%) de horas de duración de cursos realizados en Formación Continua en SM (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Gráfico 17. Distribución (%) de cuando fue el último curso de Formación Continua realizado por los médicos de MFC (2017)



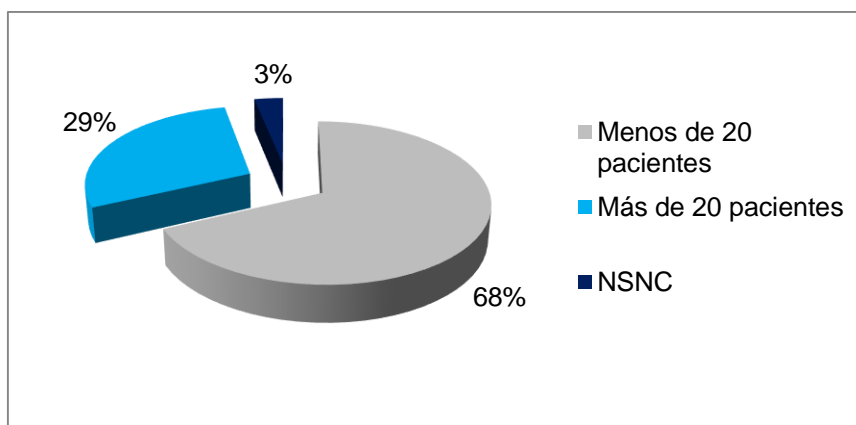
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

El 50% de los médicos que respondieron este ítem declararon haber realizado la formación permanente en instituciones públicas, 25% refiere haberlo cursados en instituciones privadas y 17% no lo consignan.

4.1.5. Características de las consultas.

En cuanto a la cantidad de pacientes que atienden por día, la mayoría de los consultados refieren atender menos de 20 pacientes (aproximadamente 70%). El gráfico 18 ilustra la distribución en relación a este ítem.

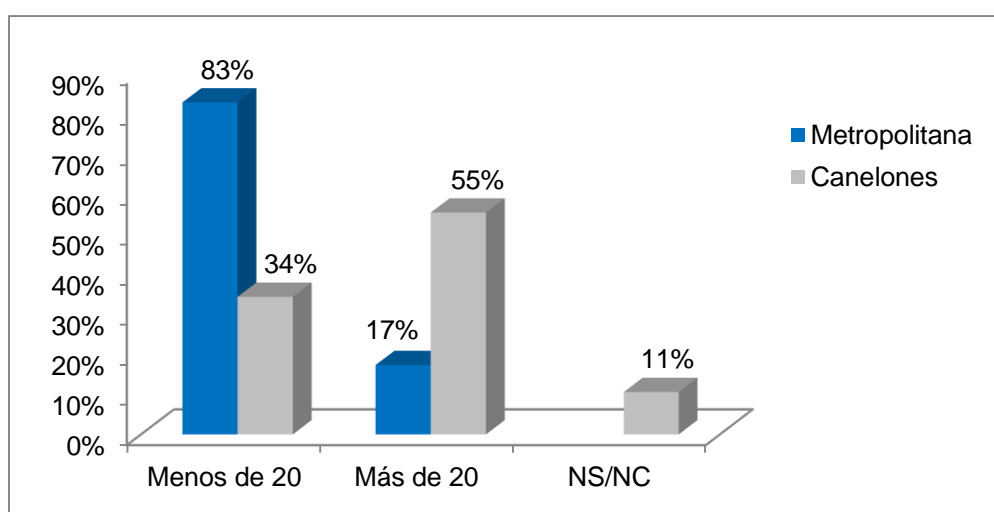
Gráfico 18. Distribución de pacientes asistidos por día por médicos de MFC encuestados de la Región Sur de ASSE (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Si se discrimina según RAP, se observa diferencias inversas, en tanto que, 83% de de los médicos de MFC de la RAP Metropolitana atienden menos de 20 pacientes por día, mientras que aquellos de la RAP Canelones, solo 17% atiende menos de 20. No obstante, llama la atención que del total de médicos de la RAP Canelones, 11% no respondió a este ítem. Los presentes datos se observan el gráfico 19.

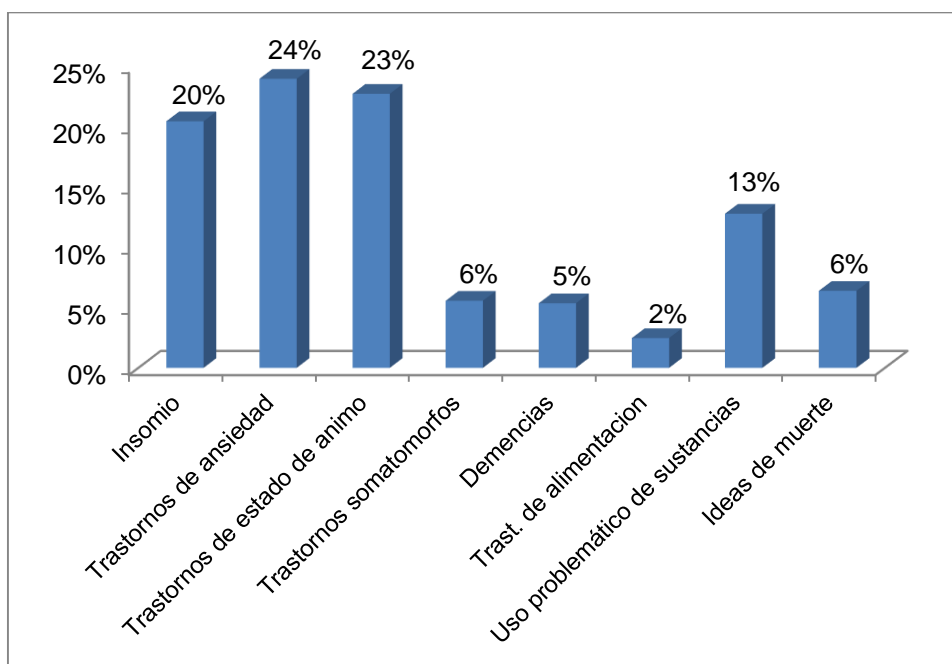
Gráfico 19. Distribución de cantidad de pacientes asistidos por día según RAP de la Región Sur de ASSE (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Interrogados acerca de la percepción de las problemáticas en SM de mayor frecuencia en las consultas, las respuestas²⁰ obtenidas muestran los siguiente: 24% corresponden a personas afectadas por trastornos de ansiedad, 23% por trastornos del estado del ánimo, 20% sufre insomnio, 13% por uso problemático de sustancias, 6% para aquellos casos que refieren a trastornos somatomorfo, 6% corresponden a aquellas personas que presentan ideas de muerte o intentos de autoeliminación, 5% pacientes con demencias, 2% para los motivos de consulta por trastornos de la conducta alimentaria. Estos datos muestran que los motivos de consulta por trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos del estado del ánimo y del sueño son los que aparecen con mayor frecuencia según reportan los médicos de MFC consultados. También se observa un segundo grupo que lo conforman aquellos pacientes con uso problemático de sustancias e ideación suicida. La distribución de los datos descritos se presenta en el grafico 20.

Gráfico 20. Distribución de las problemáticas en SM en el PNA de la Región Sur - ASSE (2017)



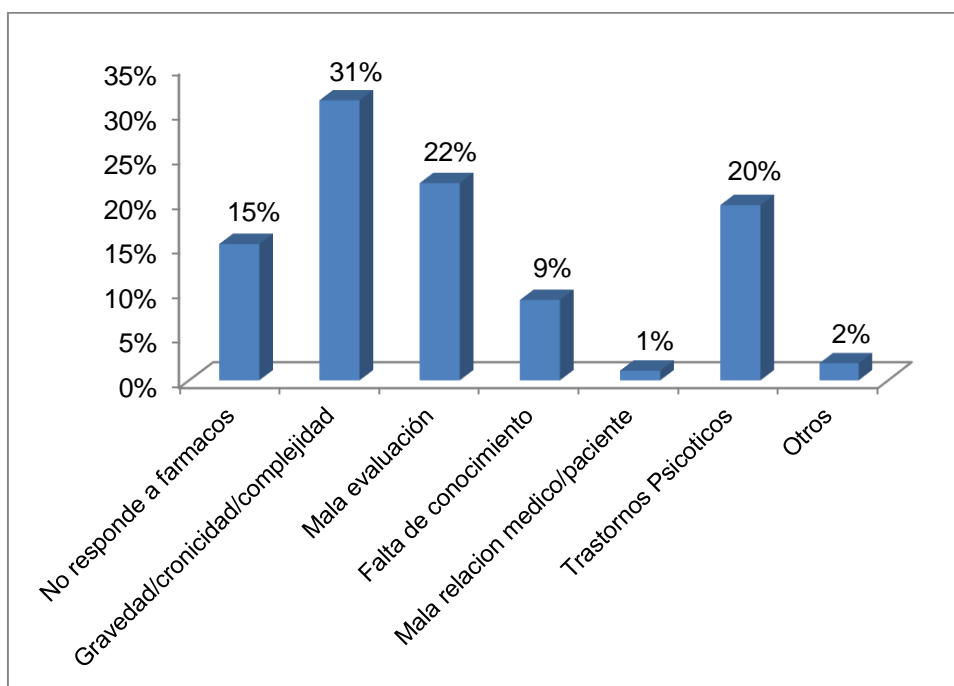
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Se agregan a los motivos de consulta descritos anteriormente otras respuestas (referidas en la opción “otros motivos de consulta frecuentes” a texto abierto) como son: “desajustes de la conducta infantil, dificultades del aprendizaje, problemas derivados de la violencia familiar, trastornos de la personalidad, trastornos bipolar y fobias”.

²⁰ En este ítem se ofreció la posibilidad de marcar más de una las opciones predeterminadas, en este sentido, el total de respuestas obtenidas fue de 485.

En cuanto los criterios que utilizan los médicos de MFC al momento de decidir la derivación al especialista de SM, 31% declara basarse en Gravedad/Cronicidad/complejidad, seguidos por 22% que deriva ante una mala evolución y 20% realizar la derivación en caso de diagnóstico de Trastorno Psicótico. Un 15% plantea que deriva a especialista cuando el paciente no responde a fármacos, 9% cuando lo atribuye a falta de conocimiento y solo un 1% refiere que lo hace cuando se entabla mala relación con el paciente. En el gráfico 21 ilustran los datos mencionados.

Gráfico 21. Distribución de criterios de derivación al especialista de SM utilizados por los médicos de MFC encuestados (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

La tabla 11 resume la cantidad de pacientes asistidos por los médicos de MFC, los problemas de SM más frecuentes detectados en las consultas y los criterios de mayoritariamente utilizados para derivar a los ESM.

Tabla 11. Características de las consultas en el PNA y Criterios de Derivación de los médicos de MFC encuestados (2017)

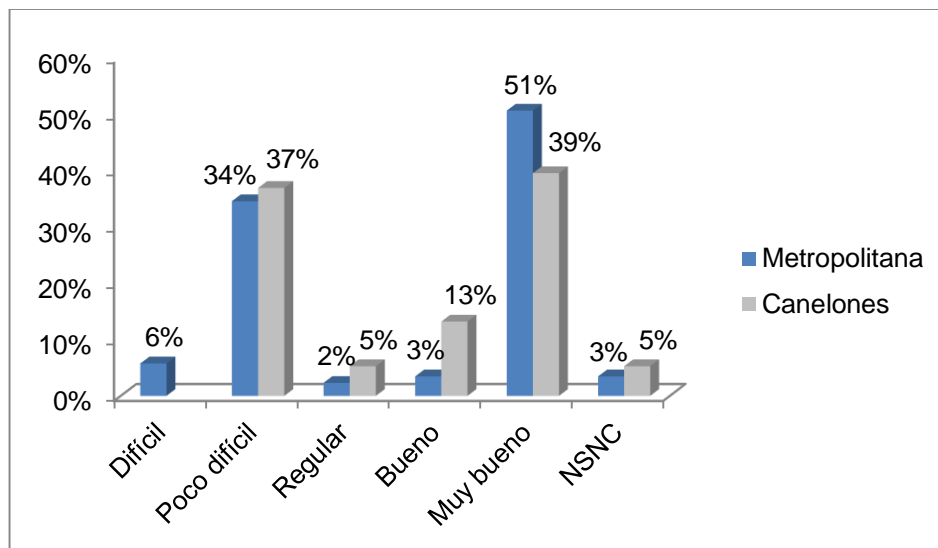
	Red de Atención Primaria - Región Sur		
	(%) / n		
	Metropolitana (n= 87)	Canelones (n= 38)	Total (n= 125)
<i>Cantidad de pacientes asistidos por día</i>			
Menos de 20	83%	34%	68%
Más de 20	17%	55%	29%
Sin dato		11%	3%
<i>Problemas de SM más frecuentes en el PNA</i>			
Insomnio	20,1% (69)	21,4% (30)	20,5% (99)
Trastornos de Ansiedad	24,5% (84)	22,9% (32)	24,0% (116)
Trastornos del estado del animo	23,3%(80)	21,4% (30)	23,0% (110)
Trastornos somatomorfos	6,0% (20)	5,0% (7)	6,0% (27)
Demencias	4,4% (15)	8,0% (11)	5,4% (26)
Trastornos de la alimentación	2,9% (10)	1,4% (2)	2,5% (12)
Uso problemático de sustancias	12,5% (43)	13,6% (19)	12,8% (62)
Ideas de muerte/autoeliminación	6,4% (22)	6,4% (9)	6,4% (31)
<i>Criterios de derivación al ESM</i>			
No responde a fármacos	15,8% (42)	13,6% (14)	15,2% (56)
Gravedad/cronicidad/complejidad	30,9% (82)	32,0% (33)	31,3% (115)
Mala evaluación	22,6% (60)	20,6% (21)	22,0% (81)
Falta de conocimiento	9,1% (24)	8,7% (9)	9,0% (33)
Mala relación médico/paciente	0,4% (1)	2,9% (3)	1,1% (4)
Trastornos Psicóticos	20,0% (53)	18,5% (19)	19,6% (72)
Otros	1,1% (3)	3,9% (4)	1,9% (7)

Fuente: Elaboración de investigadora con colaboración de la Lic. Jimena Pandolfi

4.1.6 Valoración personal del trabajo con pacientes con problemas de SM.

En relación a este ítem, los encuestados perciben su trabajo en la mayoría de los casos como muy bueno y muy satisfactorio (48%), un poco difícil y regular (38%), y satisfactorio (7%). Es decir, del total de los encuestados más de la mitad (55%) refieren estar satisfechos y valoran positivamente su trabajo frente a las consultas por problemas de SM. La siguiente distribución se presenta en el grafico 22.

Gráfico 22. Distribución (%) de la autovaloración de los médicos de MFC de su trabajo con los pacientes con problemas de SM según RAP de la Región Sur - (2017)



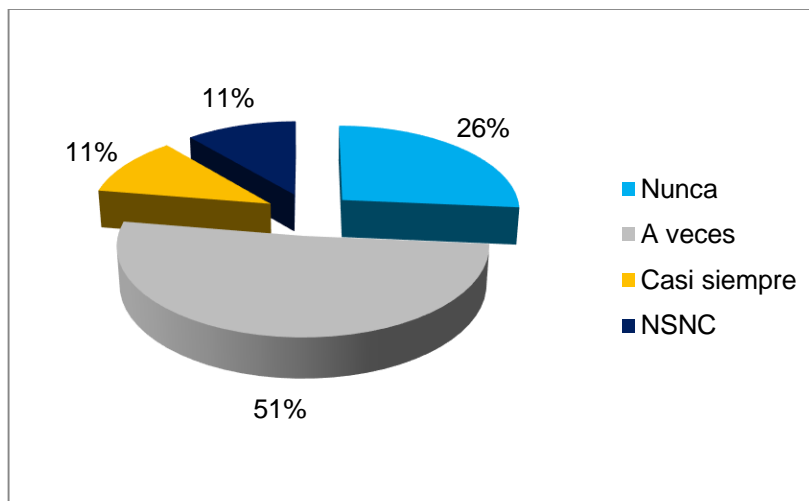
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto al tipo de abordaje con el que trabajan los médicos de MFC consultados, de las opciones predeterminadas ofrecidas se destaca lo siguiente:

- a) 89% respondió a la opción “sólo tratamiento farmacológico”, de los cuales 51% refiere que lo hace a veces, 33% plantean que nunca, 11% que casi siempre y 11% no respondió a esta opción;
- b) todos respondieron combinar tratamiento “farmacológico con apoyo psicológico”, de los cuales 50,4% lo hace casi siempre, 37,6% a veces y apenas 8% siempre;
- c) 86% respondió a la opción “solo apoyo psicológico y seguimiento”, las respuestas se distribuyen de la siguiente manera: aproximadamente 69,6% a veces, 12% casi siempre, 3,2% refieren que nunca, apenas 0,8% siempre y 14,4% no respondió este ítem

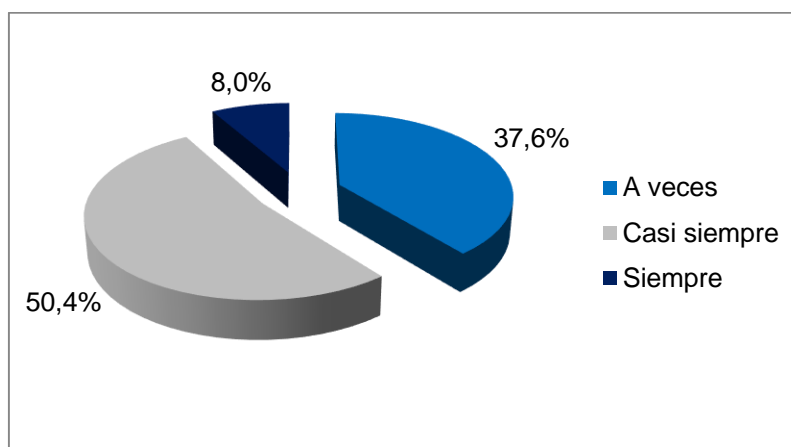
La distribución de cada una de las respuestas se puede observar en los gráficos 23, 24 y 25 respectivamente.

Gráfico 23. Distribución (%) de abordaje exclusivamente farmacológico utilizado por los médicos de MFC de la Región Sur - ASSE (2017)



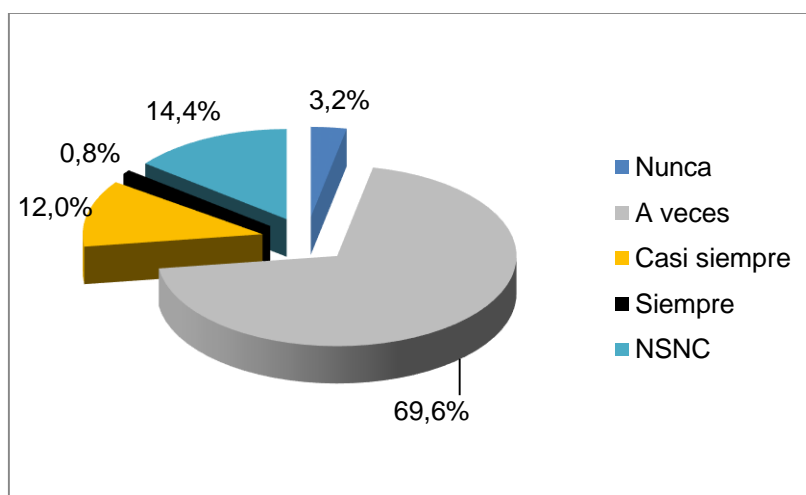
Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Gráfico 24. Distribución (%) de abordaje solo psicológico y seguimiento utilizado por los médicos de MFC de la Región Sur - ASSE (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Gráfico 25. Distribución (%) de abordaje psicológico y seguimiento utilizado por los médicos de MFC de la Región Sur - ASSE (2017)

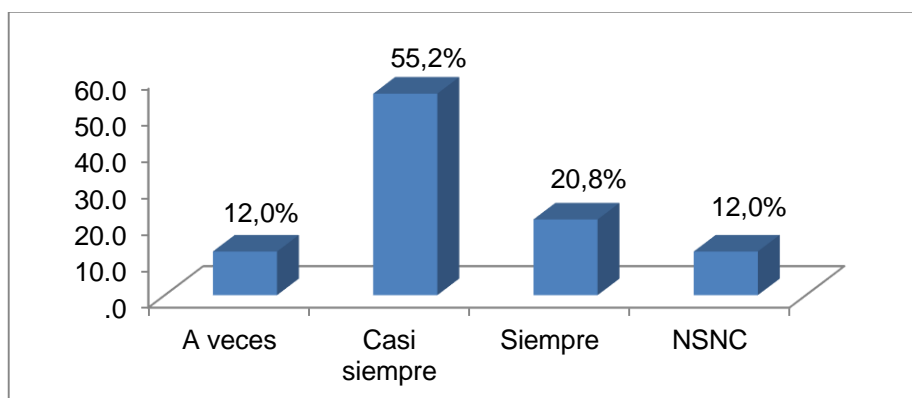


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

4.1.7 Relacionamiento con los pacientes que presentan problemas de SM

Este ítem apuntó a indagar las opiniones de los médicos de MFC encuestados en relación a sus actitudes frente a los pacientes con problemas de salud mental. De las respuestas obtenidas se observa que aquellos que manifestaron sentir interés y estar motivados en el abordaje de pacientes con problemas de salud mental: 55% refiere que casi siempre, 21% siempre y 12% a veces, es llamativo que 12% no respondieron. Es decir, 76% de los médicos plantean tener actitudes favorables, sentirse cómodos con estos pacientes y estar motivados a atenderlos. El gráfico 26 presenta dicha distribución.

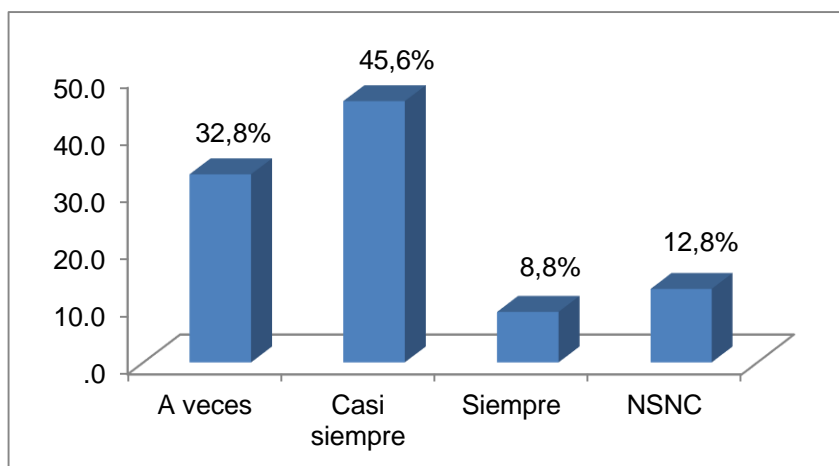
Gráfico 26. Distribución (%) del interés y motivación frente a pacientes con problemas SM declarado por los médicos de MFC consultados (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a las respuestas para la opción que refería a la capacidad para manejarse adecuadamente y sentirse cómodos en el abordaje de los pacientes con problemas de SM, 46% contestó que casi siempre, 33% siempre, 9% a veces siendo llamativo que casi el 13% de los encuestados no respondió esta opción. Estos valores se ilustran en el grafico 27.

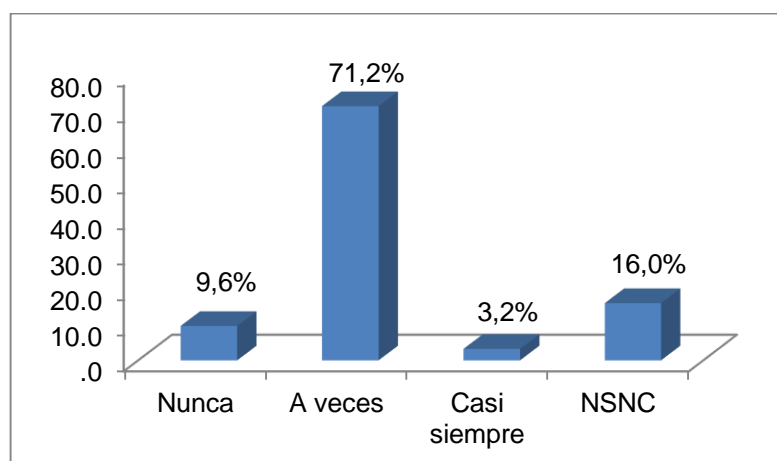
Gráfico 27. Distribución de la capacidad de manejarse adecuadamente y comodidad frente a pacientes con problemas SM reportado por los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Ante la consulta sobre si identificaban dificultades en el relacionamiento atribuidas específicamente a reacciones de incomodidad o inseguridad frente a estos pacientes, 71% refirió que a veces, 10% nunca, 3% casi siempre y 16% no responde este ítem. Podría decirse que 74% refiere sentir cierto grado de incomodidad ante el abordaje de los pacientes que presentan problemas en SM. Dichos valores se presentan en el gráfico 28.

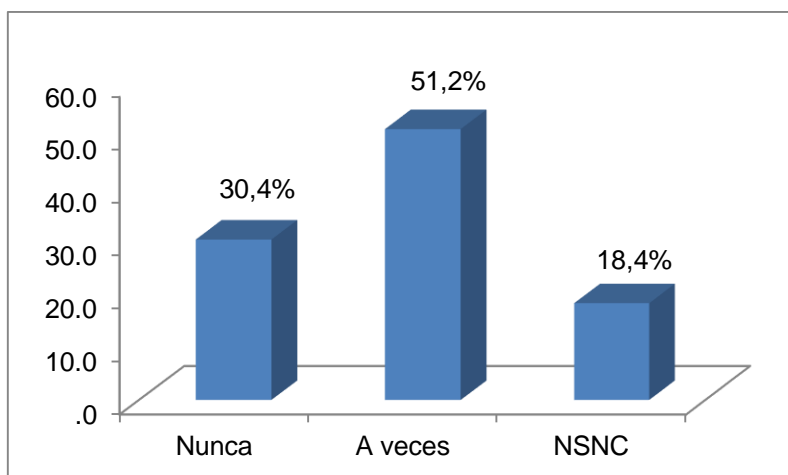
Gráfico 28. Distribución (2017) de las reacciones de incomodidad o inseguridad frente a pacientes con problemas SM reportadas por los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a la percepción de sentir dificultades o resistencias en el manejo de las consultas con pacientes con problemas de SM, 51,2% indica que a veces, 30,4% nunca y llamativamente 18,4% no respondió este ítem. Los presentes datos se observan en el gráfico 29.

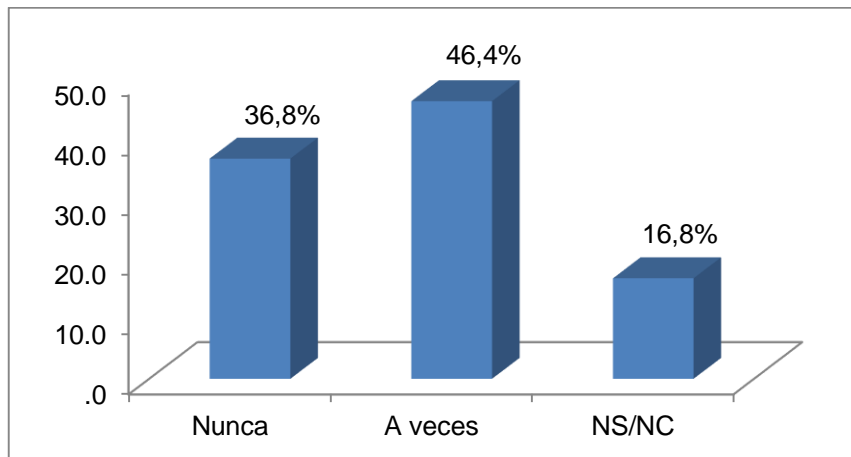
Gráfico 29. Distribución (%) de las dificultades o resistencia en el manejo de pacientes con problemas SM declarado por los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Con relación a la opción que indagó sobre las reacciones de rechazo frente a las consultas de las personas con problemas de SM, 46,4% de los encuestados refiere que a veces sienten rechazo y el 36,8% nunca. Llama la atención que casi la mitad de los médicos encuestados declaran sentir a veces rechazo en el abordaje con estos pacientes, un porcentaje menor (16,8) omitió dar su respuesta en este ítem, siendo elementos fundamentales a ser considerado en futuras evaluaciones, que permitirán analizar con mayor profundidad los impactos asociados que dicha reacción presenta para la valoración integral de los pacientes con problemas de SM. La distribución de las respuestas referidas se presenta en el gráfico 30.

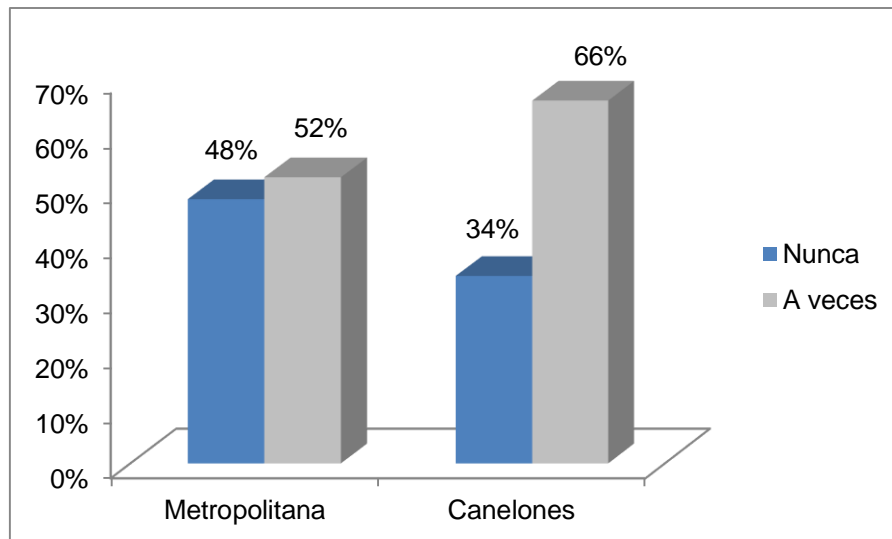
Gráfico 30. Distribución (%) de las reacciones de rechazo frente a pacientes con problemas SM reportados por los médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Si observamos esta reacción según en qué RAP trabajan los médicos de MFC, se destaca que aquellos que trabajan en la RAP Canelones reconocen sentir a veces más rechazo (66%) que los médicos de la RAP Metropolitana (52%). En el gráfico 31 se ilustra la distribución de las respuestas del ítem discriminado según RAP.

Gráfico 31. Distribución de las reacciones de rechazo frente a pacientes con problemas SM declaradas por los médicos de MFC según RAP (2017)

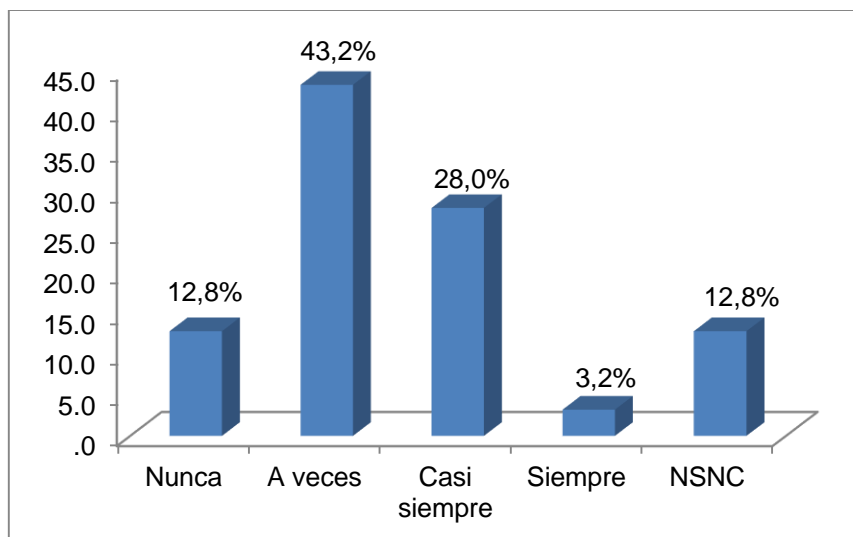


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

De las respuestas obtenidas en los cuestionarios se destaca que 31% de los profesionales manifestó falta de tiempo para dedicarle en la consulta a dichos pacientes, 43% declara que a veces, 13% nunca e igual porcentaje no respondió a este ítem. Dicho resultado indica que, para la mayoría de los médicos, a pesar de que tienen una carga horaria de 30 horas

semanales, es necesario contar con más tiempo para abordar específicamente estas consultas. Estos valores se observan en el gráfico 32.

Gráfico 32. Distribución (%) de la falta de tiempo en las consultas con pacientes con problemática de SM declarada como dificultad por los médicos de MFC (2017)

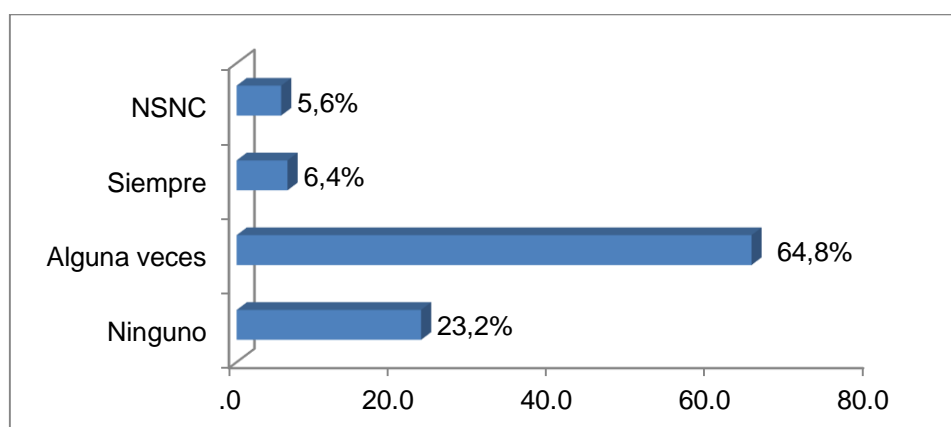


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

4.1.8. Relacionamiento con el Equipo de Salud Mental.

En cuanto a este aspecto, se observa que el aproximadamente 65% de los profesionales declara que mantiene contacto con el Equipo de Salud Mental algunas veces, 23% plantea que no se contacta, solo 6% refiere que lo hace siempre y aproximadamente 6% no respondió. Los presentes datos se observan en el gráfico 33.

Gráfico 33. Cantidad de contactos declarados por los médicos de MFC con el ESM (2017)

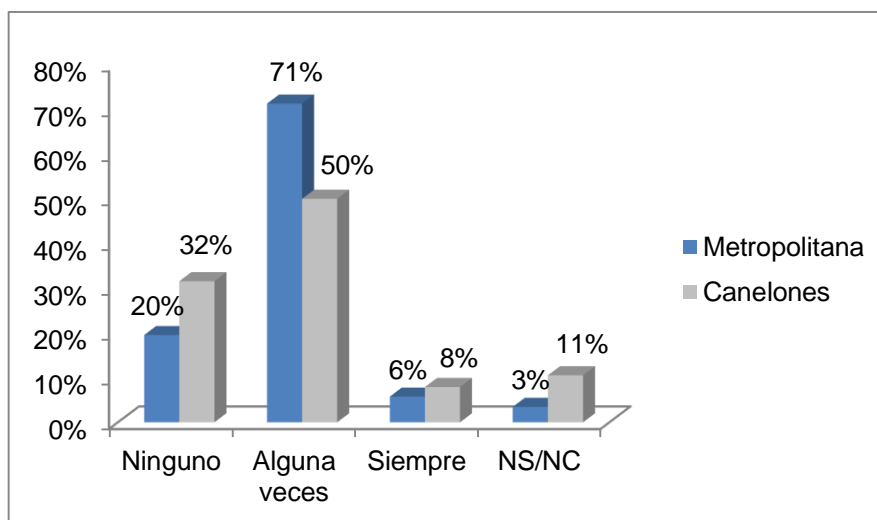


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Si se observa este aspecto discriminado según las respuestas obtenidas por los médicos de MFC de cada RAP, se destaca que los de la zona Metropolitana declaran tener mayor contacto

con los ESM que en Canelones (71% vs 50%). Esto podría pensarse debido a que la RAP Canelones no solo cuenta con menos ESM, sino que presenta mayor dispersión geográfica y áreas rurales de difícil acceso que en la RAP Metropolitana. La distribución mencionada se presenta en el gráfico 34.

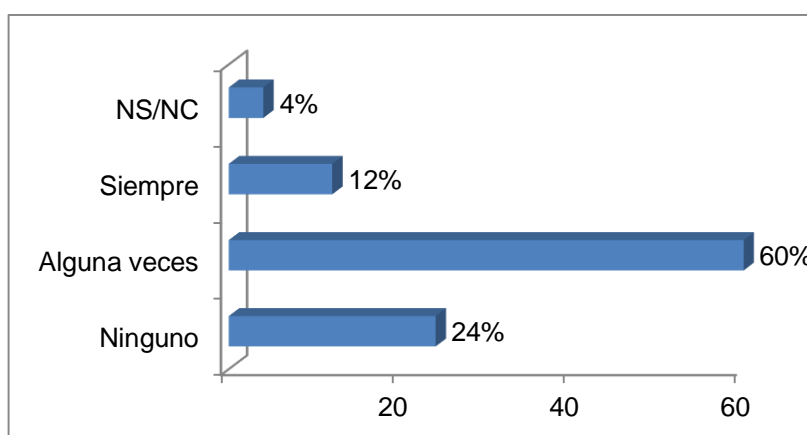
Grafico 34. Distribución de la cantidad de contactos declarados por los médicos de MFC con el ESM según RAP (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Interrogados acerca de cómo los médicos perciben la disponibilidad del ESM para intercambiar sobre los pacientes derivados y a la accesibilidad de los mismos a la consulta, las respuestas presentan la siguiente distribución: 60% refieren que algunas veces perciben dicha disponibilidad, 24% nunca, 12% plantean que hay una disponibilidad permanente y 4% no responde este ítem. Esta distribución se presenta en el gráfico 35.

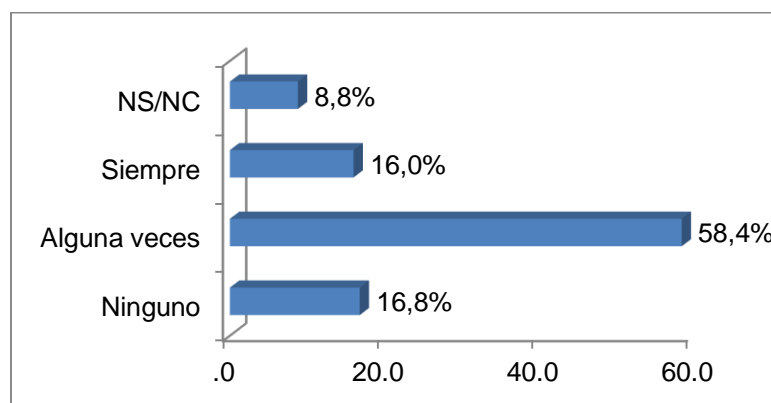
Grafico 35. Distribución de la percepción de los médicos de MFC acerca la disponibilidad de los ESM (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

De las respuestas obtenidas en relación a la utilidad de la coordinación con el ESM se observa que: 58% refiere que algunas veces le ha resultado útil, 17% ninguna, 16% siempre y aproximadamente 9% no responde a este ítem. Es decir, la mayoría (74%) declaran que en general la coordinación con el ESM le es útil. Los presentes datos se presentan en el gráfico 36.

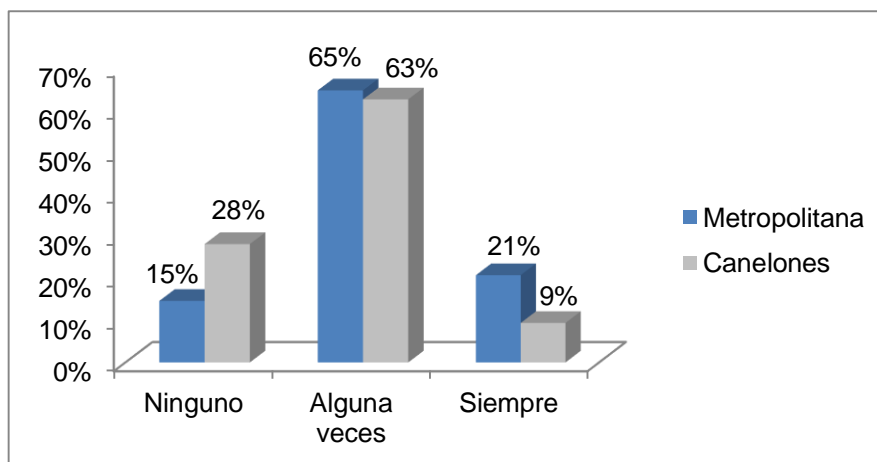
Gráfico 36. Distribución de la utilidad de la coordinación con ESM declarada por los Médicos de MFC (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

Si discriminamos las respuestas obtenidas de los médicos de MFC según las RAPs, no se observan diferencias significativas entre las opciones algunas veces y nunca; sin embargo, en cuanto a que siempre es útil, se destaca que los médicos de la RAP Canelones tienen una percepción significativamente menor (9%) en cuanto a la utilidad de la coordinación con los ESM que los médicos de MFC de la RAP Metropolitana (21%). Estas diferencias se presentan en el gráfico 37.

Gráfico 37. Distribución de la utilidad de la coordinación con ESM de los Médicos de MFC sobre según RAP (2017)

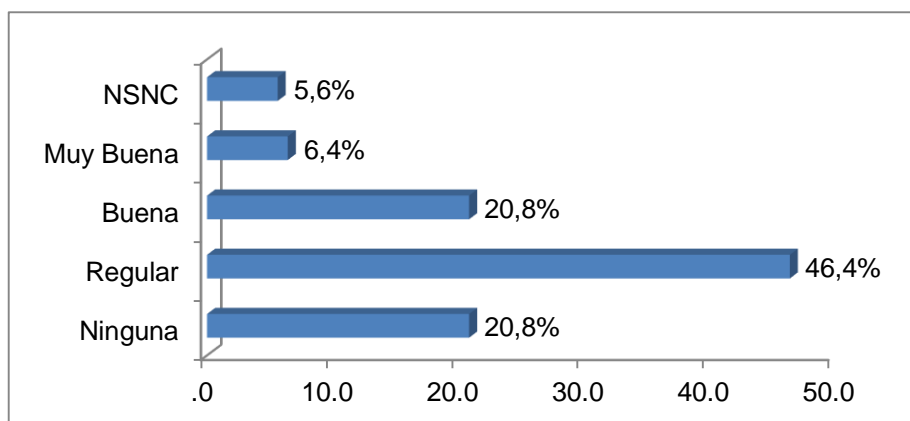


Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En relación al conocimiento que tienen los médicos de MFC de los integrantes del ESM, 76% declaran conocerlos, 12% declara conocer a algunos y 9% declara no conocerlos. Se destaca que 62% coordina con estos profesionales y 35% no lo hace.

Si se observan las declaraciones en relación a la calidad de la coordinación, se destaca que 46,4% la clasifica como regular, aproximadamente 21% buena, igual porcentaje declaran no tener ningún tipo de coordinación, sólo 6% como muy buena y aproximadamente igual porcentaje no responde este ítem. Es decir, casi 67% de los médicos de MFC perciben la calidad de la coordinación entre regular y poco útil. Estos valores se ilustran en el gráfico 38.

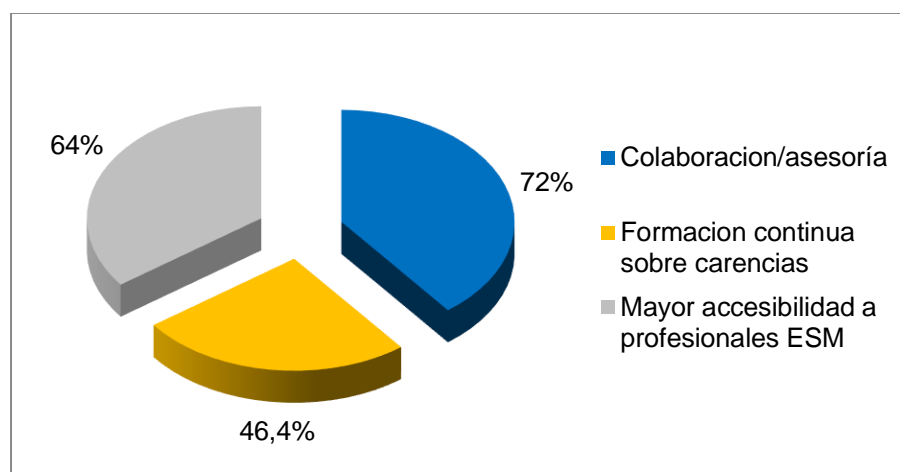
Gráfico 38. Distribución (%) de la percepción de los médicos de MFC acerca de la calidad de la coordinación con el ESM (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

En cuanto a las sugerencias realizadas por los médicos de MFC para mejorar el intercambio y coordinación con los ESM, se destaca: 72% declaran que serían más útiles los espacios de colaboración y asesoramiento semanal que permitan el intercambio de información sobre los pacientes con problemática de SM, 64% sugieren mayor accesibilidad al profesional del ESM y 46% les interesa profundizar en la formación continua sobre carencias específicas en la temática. Dicha distribución se presenta en el gráfico 39.

Gráfico 39. Distribución del tipo de sugerencias declaradas por los médicos de MFC para mejorar relacionamiento con ESM (2017)



Fuente: Elaboración de la propia investigadora

4.1.9. Sugerencias de mejora.

En el ítem “otros” que permitía a los encuestados mencionar, a texto abierto, sus propias sugerencias se mencionaron varias posibilidades de mejoras. Se detallan a continuación las referidas con mayor frecuencia, acompañadas de sus propios comentarios:

→ Necesidad de mejorar la dotación de los recursos en SM:

“Contar con equipo salud mental completo en nuestro Centro, ya que tenemos solo una Psiquiatra de adultos con consultas saturadas, no hay psicólogo (...), siendo muy difícil realizar psicoterapia.”

“El ESM lo constituye en realidad la Psicóloga de Área con quien trabajamos en conjunto. Con el equipo del 2do. nivel es muy escasa la coordinación, especialmente en psiquiatría infantil, en que tenemos la mayor demanda.”

“En nuestra región hay una falta de recurso humano real en el equipo de SM, por ello las coordinaciones no logran ser muy efectivas, se necesita 4 Psiquiatras por ejemplo y tenemos 2 para adultos, también más psicólogos.”

“Contar con equipo de salud mental pediátrica y más horas del profesional en consulta.”

“En nuestra zona existe una carencia importante en profesionales de salud mental. Estos centran su atención en el Centro de Salud y es muy difícil el acceso, existiendo listas de espera de meses, a veces más de 1 año. Esto pasa en particular para adultos, no así para niños que

podemos coordinar telefónicamente para el equipo de salud mental infantil que trabaja en Progreso cerca de nuestra zona. “

→ Incluir la utilización de medios/herramientas de comunicación que habiliten el intercambio periódico:

“Contar con profesionales de SM para consulta o asesoramiento telefónico en caso de dudas o situaciones complejas (...)” o “(...) posibilidad de coordinación vía mail.”

→ Conocer, difundir y ampliar la oferta de estrategias terapéuticas existentes para dar respuesta a los problemas prevalentes en SM de baja complejidad:

“Contar con más información por ej: donde derivar para psicodiagnóstico a la brevedad a niños y adultos, acceso a psicoterapia para los usuarios.”

“Otro recurso interesante que sería bueno contar en el PNA son los grupos terapéuticos para distintos problemas prevalentes: ansiedad, consumo problemático, apoyo a los familiares de pacientes con patologías complejas y/o severas, etc.”

→ Mejorar la accesibilidad y los tiempos de espera para las consultas con los ESM:

“(..) disminuir los tiempos de demora al acceso de psiquiatra y psicólogo”.

“El acceso de los pacientes a los ESM es muy dificultoso porque hay que trasladarse a Pando, Ciudad de la Costa, o al Hospital Vilardebó, dado que las citas son diferidas en el tiempo.”

→ Implementar espacios de coordinación reglados entre el médico de MFC y el ESM que habiliten el intercambio y la formación continua:

“Sería muy útil tener un espacio de reunión con el equipo de salud mental para discutir casos, intercambiar información. También sería muy bueno recibir “puestas al día” sobre las patologías más prevalentes.”

“Habría que mejorar la posibilidad de intercambio con otros integrantes del ESM, cómo ser asistente social, enfermería, psicología. Nuestro mayor intercambio es con el psiquiatra de adultos e infantil.”

Cerrando la fase cuantitativa del presente capítulo, se entiende importante destacar la disponibilidad y respaldo institucional para el desarrollo de la investigación, manifestada tanto por la alta tasa de respuesta de los médicos de MFC de las RAPs de la Región Sur que completaron el cuestionario (70%) así como también por el apoyo institucional e interés por la

propuesta de investigación. Este compromiso manifiesto favoreció a revisar los aspectos metodológicos para la aplicación del cuestionario y su ampliación al grupo de médicos de la RAP Canelones, garantizando su implementación y el desarrollo de trabajo de campo en todas las unidades asistenciales del PNA de la Región Sur de ASSE.

A continuación, se presentan los resultados y el análisis de las dimensiones correspondientes a las entrevistas realizadas para la fase cualitativa del presente estudio.

4.2. Fase cualitativa

Se realizaron un total de 10 entrevistas a informantes calificados, 6 autoridades de ASSE y 4 docentes de las universidades (tres del cuerpo docente de la especialidad MFC de la Universidad de la República y una al coordinador de la maestría en MFC de una universidad privada). En la tabla 3 se presenta la nómina de los entrevistados y las características recabadas sobre los datos generales concernientes a su inserción institucional, cargo, especialidad y antigüedad.

Tabla 12. Informantes calificados a los que se le realizó la entrevista (2017)

<u>Institución donde se desempeña</u>	<u>Cargo</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Antigüedad</u>
ASSE	Dir.Técnico Gerencia General	Médico Gestión en SS	F	18 meses
ASSE	Dir. Región Sur	Médico Gestión en SS	F	12 meses
ASSE	Dir. Unidad Ejecutora RAP Metropolitana	Médico Gestión en SS	F	12 meses
ASSE	Dir. Unidad Ejecutora RAP Canelones	Médico MFC	F	24 meses
ASSE	Dir.División. Capacitación	Mag. Trabajo Social	F	10 años
ASSE	Dir. de Centro de Salud PNA	Médico MFC	M	24 meses
UDELAR	Prof. Grado V	Médico MFC e Intern.	M	10 años
UDELAR	Prof. Agdo. Grado IV	Médico de MFC	F	5 años
Univ.Privada	Coord. Maestría MFC	Médico Magister MFC	M	3 años
UDELAR	Prof. Adj. Grado III	Médico MFC	F	3 años

Fuente: elaboración de la propia investigadora

4.2.1. Formación en SM de los MFC en el PNA de la Región Sur.

La información obtenida a partir de las entrevistas a los informantes calificados, tanto de ASSE como de la academia, permitió obtener un panorama global de la estructura y modalidad organizativa de cada una de las instituciones, aspectos claves para comprender y conocer el marco en el que se desarrolla la integración de la SM en el SNIS, considerando a dos actores claves: la institución ASSE, en su calidad de ser el mayor prestador de servicios públicos de salud, con la responsabilidad de cubrir 36% de la población uruguaya, liderar el cambio de modelo de atención y además ser la plataforma principal de aprendizaje del país para la formación de los recursos humanos en salud. Por otra parte, la academia por ser la institución responsable de la formación y desarrollo de la mayor proporción de los recursos humanos de la salud, para el caso del presente estudio, los médicos especialistas en MFC.

Surge del análisis de las respuestas de los entrevistados de ASSE, en cuanto a la información sobre las líneas estratégicas y modelo de atención en salud, que privilegia la institución, un claro consenso sobre la definición de ASSE de liderar el cambio de modelo asistencial, considerando las líneas estratégicas definidas en el marco regulatorio del SNIS y descritas específicamente en su Plan de Acción para el período 2017-2018 referido en el segundo capítulo del presente trabajo.

Se observa en las declaraciones de los entrevistados un alto grado de coincidencia en relación a los esfuerzos que se están desarrollando desde la institución para avanzar en el fortalecimiento del PNA, a través del desarrollo de una red de servicios y conformación de Equipos Básicos de Salud (EBS) para la aplicación de un modelo de atención que asegure la calidad, accesibilidad, equidad y eficiencia de los servicios de salud. Las siguientes declaraciones son clarificadoras en relación a lo mencionado:

✓ Fortalecimiento del PNA:

“(...) ASSE desde el 2005 está trabajando con un fuerte componente en la atención primaria, en los últimos dos años desde la Región Sur se han desarrollado estrategias para darle un empujón a lo que significa este cambio (...) y, gestionar desde el primer nivel de atención que es donde el usuario debiera tener su primer contacto con el Sistema de Salud”. (EA2)

✓ Desarrollo de una red de servicios:

“(...) El desafío de ASSE es generar en su amplia red de servicios única en el país. (...) El modelo que propone ASSE es la red de los equipos básicos en territorio, que estarían constituidos por el equipo de primer nivel con un núcleo muy duro que tiene que ver el médico y la enfermera, y se irán agregando otras profesiones. Esa es la unidad mínima de organización del sistema. Este equipo responde a una población geo-referenciada a un

territorio, que tiene a cargo y a la cual es responsable del seguimiento longitudinal de esa población. Esto demanda la legitimación de ese equipo como base de modelo y responsable de ser el orientador o el gestor de toda la articulación después de la red de salud en el departamento. (...) Entonces para el modelo, la base está en esa unidad organizacional que es la que después parte para la construcción de la red.” (EA1)

✓ Conformación de EBS:

“(...) Equipos básicos territoriales o equipos básicos de intervención como se les llaman también, esos equipos en teoría diría que tendrían que estar conformados por médicos de familia y comunidad y por enfermería, por licenciado y/o auxiliar en enfermería, y un tercer integrante que se plantea compartir con algún perfil que podría ser por ejemplo servicio social o incluso, salud mental.” (EA03)

“(...) ASSE está dando fuertes pisadas en la conformación de los equipos básicos de territorio, considerando a la territorialización, o sea a cada territorio de atención, que está definido de acuerdo a una cantidad de población y a características que tenga ese territorio. Estará en función de un Centro de Salud al cual pertenece ese territorio, y después tenemos que conformar los equipos básicos porque cada territorio debe tener un equipo básico de atención (...) ese equipo básico está formado de acuerdo a las características del territorio de qué es lo que se necesite ahí y también un poco qué es lo que tengamos, pero básicamente tenemos que tener el MFC, el Lic. de Enfermería y el tercer integrante va a depender de la necesidad o de lo que tengamos, que puede ser el pediatra, puede ser la partera, puede ser el psicólogo, puede ser el asistente social.”(EA2)

✓ Enfoque de georeferencia y territorialidad:

“(...) los Centros de Salud vienen a actuar como las cabeceras sanitarias de cada territorio, el área geográfica está territorializada, es decir, tenemos regiones y en cada una (...) tenemos varios Centros de Salud y luego, tributarias a ese Centro de Salud, tenemos varias Policlínicas dependientes, Puestos de Salud, Consultorios.” (EA3)

No obstante, más allá de las declaraciones sobre los avances definidos por ASSE en un plan de acción, con objetivos de desarrollo claros para el fortalecimiento del PNA, surge también, del análisis de las respuestas de los entrevistados, la existencia de controversias/faltas de consenso sobre cuál es la conformación que deberían tener los EBS del PNA, en cuanto a: 1. qué especialidades médicas deberían estar presentes y 2. cuáles son las fronteras y alcance de intervención de los médicos de MFC con relación a las otras especialidades médicas presentes en ese nivel. De esta forma se visualizan, además, las tensiones disciplinarias médicas que expresan los posibles obstáculos con los que se enfrenta la reforma de salud para su desarrollo en la práctica. Las siguientes declaraciones son descriptivas al respecto:

“(…) Esto implica un cambio en la atención, (…) en la cabeza de cómo tenemos que atender, que eso es lo más complicado, porque desde la formación, a no ser el médico de familia, las demás profesiones no estamos formados como para el trabajo de territorio y, así y todo, el médico de familia, que es el más formado, igual nos cuesta muchas veces que asuman el rol del trabajo en la comunidad, porque el PNA es eso, es la atención en salud desde la comunidad”. (EA3)

“(…) nos pasa en el PNA que estamos discutiendo hasta donde tenemos que tener los especialistas insertos en los Equipos. Yo soy de la idea que no tiene que haber ningún especialista, ni endocrinólogo, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra (...). Entonces, qué le pasa al MFC que se supone que lo formamos en la Universidad para que atiende todos los problemas. Si tenemos todos los médicos de familia que precisamos, pero ahí entra un tema que el pediatra no deja que el MFC vea a los niños, entonces qué es lo que pasa cuando tenemos en Centros de Salud con médicos con determinadas especialidades, si el MF tiene el endocrinólogo o al pediatra al lado, lo deriva. En este caso, para los pacientes de SM pasa lo mismo, no lo sigo, lo derivo. Como tengo el ESM ahí cerca, que ellos se ocupen. Es decir, porque ya tengo claro que hay otro que se encarga de eso, voy, lo busco y se lo derivo.” (AE2)

“(…) una cosa es el modelo teórico otra cosa es la realidad. No tenemos enfermeros ¿qué es lo que nos pasa entonces? Hoy tenemos una brecha enorme en enfermería, tenemos bastante buena dotación de MFC, muy buena te diría para el área Metropolitana, el problema está siendo enfermería y no los MFC.” (EA2)

Asimismo, de las entrevistas a los docentes, surge la confirmación de lo referido por los informantes de ASSE sobre la prioridad de la institución de acompañar el cambio de modelo con acciones concretas y cómo estos se traslucen en el compromiso por la conformación de los EBS del PNA y la contratación de los médicos de MFC. Sin embargo, realizan la salvedad de lo lento y difícil que está siendo el proceso para ser considerado por todos los prestadores de salud que conforman el SNIS. Algunos relatos se refieren a ello de la siguiente forma:

“(…) no se olvide que la medicina familiar supone un cambio en el modelo de atención (...), entonces eso lo ha implementado más que nada ASSE, (...) es la más evolucionada como prestador en el cambio de modelo (...). La reforma de salud, hasta la fecha, lo único que ha hecho es el FONASA, el financiamiento, lo demás no existe, cambio de modelo no existe. ASSE es el que más ha avanzado en todo el país en el cambio de modelo, (...) tiene prácticamente todo el primer nivel con una gran cantidad de MFC (...) que quien sigue longitudinalmente a esas personas.” (EU6)

En las respuestas obtenidas referidas a cuál es su percepción sobre la preparación y conocimiento en SM de los médicos de MFC tanto en las entrevistas al personal de ASSE

como de la UdelaR, se observa un consenso sobre cómo la misma estuvo y aún está determinada por la singularidad de la creación de la especialidad y su trayectoria para legitimarse como tal dentro del cuerpo médico. Como se expuso en el capítulo dos, la MFC es una de las especialidades más nuevas de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina a nivel público (2007), y a la que se le sumó previamente la oferta de formación por parte de la Universidad Privada (2002).

Los entrevistados hacen referencia a como esta situación determina no solo la diversidad en los niveles de conocimientos y competencias en los médicos que trabajan en el PNA, sino también el grado de aceptación y validación de la especialidad por parte de la sociedad. La mayoría de los docentes entrevistados refiere que la MFC cuenta con escaso reconocimiento y múltiples prejuicios para ser reconocida como tal, en un escenario sanitario que lleva 10 años de implementación a partir del SNIS y en el cual la figura del médico de MFC es clave en el proceso de atención. Plantean que aún se mantiene la idea de que es la práctica de la medicina para los pobres.

Dichas resistencias se manifiestan en múltiples situaciones: cuestionamiento de la eficacia de la especialidad, desmotivación por parte de los médicos recién recibidos para cubrir los cupos de Residencias, escasos llamados de los efectores de salud para cubrir puestos, sobre todo en el sistema privado, falta de políticas claras en la importancia que tienen para el cambio de modelo en el SNIS.

Por otra parte, en lo que respecta a la institución ASSE, se plantea que existe un contingente de médicos no especializados o especializados en otras áreas, contratados previo a la reforma, y que tiene formación diversa, es decir no presentan las mismas habilidades y competencias que los médicos especializados en MFC. Las siguientes declaraciones son esclarecedoras en relación a lo mencionado anteriormente:

“(...) venimos con una herencia de “médicos de familia” que no tuvieron la misma formación que tienen los de hoy en la Universidad, no tuvieron formación académica reconocida por la UdelaR sino que fue una especie de forma contractual que en ese momento ni siquiera existía ASSE, era el MSP. Y muchos de ellos todavía trabajan con nosotros y, por otra parte, esta generación nueva tiene un perfil totalmente diferente con algunas cosas en común, pero con formaciones y conocimientos diferentes. Entonces todavía estamos transitando esas diferencias y a veces estos es fuente de conflicto.” (EA3)

“(...) primero es necesario una mayor formación del médico general y dentro de ellos el médico de familia porque no olvidemos que en realidad nuestro sistema no se sostiene solo con los médicos de familia sino con la cantidad enorme de los médicos de medicina general y que no son médicos de familia, porque eso parece que se ha olvidado. Pero, en realidad uno ve a los

números y hay muchos médicos de medicina general o especialista haciendo medicina general en el primer nivel de atención con formación muy diversa.” (EA6)

En los relatos también se reafirma lo expresado por los docentes en cuanto a las diferencias entre aquellos que son Médicos Generales (algunos de vasta experiencia de trabajo en el PNA) y los médicos de MFC, y de estos, la heterogeneidad dada por aquellos formados en el período previo a la consolidación de la especialidad en relación a los que lo realizaron luego de la aprobación de la misma. En este sentido algunos relatos destacan lo siguiente:

“(...) El rol y perfil del Médico General es bien diferente al del médico de MFC. Para los Médicos Generales es difícil que salgan del consultorio (intra-consultorio) sin tener en cuenta los vínculos y las formas de relacionamiento con el paciente y la comunidad. Es diferente la formación y actitud del médico de MFC, hay heterogeneidad. El médico de MFC ve a todo el núcleo familiar, más todo el trabajo en redes.” (EA9)

“(...) la medicina general no es una especialidad (...) Egresan de los ocho años, hay muchas cosas que no se aprenden en el pre-grado desde la práctica la clínica, lo territorial, el abordaje familiar, eso es todo propio de la especialidad (...)” (EU8)

Dicha situación se suma a las variables expuestas, intensificando las diferencias de conocimientos y competencias entre los médicos formados en el sector privado y los que lo hicieron en sector público. Hubo consenso entre los entrevistados de ASSE y de la UdelaR sobre las diferencias en el nivel de formación comparado entre ambas, manifestadas tanto en los contenidos de la currícula como en la exigencia de la carga horaria. Diferencia que es considerada por ASSE al momento de la contratación de dichos especialistas a través del llamado a concurso, atribuyendo mayor puntaje a la especialización en la enseñanza pública. Estos aspectos se ven reflejados en el siguiente relato:

“(...) en general el puntaje del que tiene el título de la UdelaR es mayor (...) y es más que razonable, pues la carga horaria de la Universidad Privada es de 520 horas. con formación muy limitada en abordaje clínico y comunitario y la de la UdelaR es de 9000 horas.” (EA9)

Se observaría en lo expuesto las dificultades que aún persistirían a nivel tanto académico, como en el sistema sanitario, e inclusive también a nivel social, para legitimar, y hasta a veces, aceptar, a la MFC como una especialidad que se suma a las otras especialidades médicas; imprescindible para propiciar el cambio de modelo fortaleciendo el PNA y garantizando el SNIS. Dicha situación se visualiza en las siguientes expresiones:

✓ En los servicios de salud:

“(...) Los otros especialistas no saben que somos otra especialidad. Por ej. En la Farmacia hay medicamentos específicos que no se acceden si no es a través del especialista de otras disciplinas y si los recetamos nosotros no se los dan (...) esto se trasmite en la estructura y cuesta modificar. Tienes que derivar al paciente a otro especialista para que acceda al tratamiento. Es todo un proceso de cambio que va a llevar tiempo” (EU7)

✓ En los gestores de las políticas:

“(...) yo creo que (...) hay una desmotivación por parte del cuerpo médico a elegir la medicina familiar como especialidad. Se creía del gobierno que se iba a fomentar a que los médicos eligieran la especialidad (...) que iba a ser diferencial, obviamente en el tema económico, además de que sí es verdad, la formación es muy buena. (...) Pero lo que hace atractivo a cualquier especialidad es la inserción laboral y lo que se está viendo es que es muy difícil conseguir cargos, no hay para médicos de familia.” (EU8)

✓ En la sociedad y los propios profesionales:

“(...). está como devaluada en todo nivel, inclusive a nivel de los médicos, médicos en general. Muchas veces pasa que no es considerada una especialidad, y donde todavía hay coletazos de APS de Alma Ata, que es donde se ve como que funciona muy bien, pero se la considera como medicina para pobres. Si tengo plata entonces no la necesito, no voy al médico de MFC, médico de cabecera. Si tengo plata voy al (se mencionan instituciones privadas) y sino, en caso de ser usuario de alguna mutualista, prefieren ir directamente al cardiólogo, urólogo, etc.”. (EU8)

“(...) La MFC se forma en tres pilares: tienes que ser buen clínico, hacer buena medicina, mucha formación en lo biológico, lo médico, para llegar a buen diagnóstico con todas las herramientas que se cuentan, (saber de) Familia para despistar cuestiones en el grupo o en sus miembros y las relaciones que determinan la consulta, (saber de) Comunidad dependiendo de cada territorio, evaluar cómo funciona y cuáles son las necesidades para generar y construir redes, participar en ellas. Se suma extensión e investigación. Es un traje a medida para cada persona y su entorno”. (EU10)

Se entiende que estos enunciados son claves y necesarios a tener en cuenta a la hora de considerar la preparación y conocimiento de estos médicos en el componente salud mental y como ellos desarrollan habilidades para dar una respuesta integral. Dan cuenta de la serie de obstáculos existentes en la actualidad para promover una visión integral, en tanto las practicas siguen priorizando modelos de atención curativos, individualistas que determinan escasa consideración de los determinantes sociales.

Algunos de los aspectos referidos hasta el momento parecen corroborar las dificultades planteadas por los médicos encuestados, en cuanto a las dificultades en el relacionamiento con los profesionales de los ESM. Es decir, tal vez, las ideas y sensaciones expresadas en las entrevistas puedan ser elementos a tomar en cuenta para un análisis en mayor profundidad de la complejidad de los relacionamientos interdisciplinarios y como esto impactaría en la calidad de la asistencia en general de los pacientes.

En cuanto a la opinión sobre la evaluación que realizan los docentes entrevistados de la formación en SM de los médicos de MFC, las respuestas son heterogéneas. Algunos refieren que la formación brindada es adecuada y otros que es muy escasa. Se describen diversas fuentes de formación en el componente SM, explicitando que la misma queda muchas veces supeditada a la conformación de la UDAS y/o a la formación en el área de los propios docentes de MFC. Para el caso de la Universidad Privada, se ofrece a través de la elección de profesionales, especialistas en el tema, contratados para tales efectos. Llama la atención la escasa articulación, dentro de la Facultad de Medicina de la UdelaR, con las especialidades del área SM, haciéndose referencia que existen más espacios de intercambio con el área de Psicología Médica que con Psiquiatría de Adultos, Psiquiatría Pediátrica y la Unidad de Salud Mental en Comunidad. La situación descrita llevaría a pensar que la integración del componente de SM en la formación no se apoyaría, mayoritariamente, de un sustento académico definido, elementos que corroborarían la heterogeneidad de la opinión de los médicos de MFC volcadas en los cuestionarios. Los relatos a continuación expresan lo planteado hasta el momento:

“(...) La formación se realiza más a partir de las UDAS y que haya Psicólogos en ellas, la interdisciplinariedad favorece ese proceso (...), se intentó regularizar que las Psicólogas que trabajan en las UDAS se traten de aprovechar.” (EU7)

“(...) la formación durante los tres años depende del territorio y de los contactos con los que trabajes. Yo me siento capacitada”. (EU10)

“(...) Hay Residentes que hacen pasantías en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Se intenta que las pasantías sean menos en los Hospitales, sino que se integran en las UDAS y con Psicología Médica (Curso de Posgrado en Clínicas), Psiquiatría Pediátrica cuando ellos hacen jornadas, nos invitan.” (EU9)

“(...) tienen clases teóricas donde hay diferentes psiquiatras y psicólogos abordando diferentes temas después. En algunos casos contamos con la participación de médicos de MFC que trabaja en el cuerpo docente de Psicología Médica en la cátedra de Psicología Médica del Hospital de Clínicas. Les da una visión sobre cómo se puede abordar a las personas que consultan por problemas de salud mental, se brindan estrategias e instrumentos

y herramientas considerando la problemática que quiere tratar y se hace una devolución justamente con ese paciente (...). También contamos con la presencia de profesionales psicólogos y psiquiatras, ellos dan: clases de insomnio, trastornos del sueño, de la ansiedad, depresión, crisis de pánico, etc. También, considerando a la parte de fármacos vinculados a estos problemas, entonces ven temas de benzodiazepinas, hipnóticos, etc., se le intenta dar todas las fortalezas y herramientas para poder estar con un paciente y en una familia, con una situación de este tipo.” (EU8)

“(...) Por ej. Cuando se aborda el “enfoque familiar y grupal”, no hay alianza con otras cátedras de la UdelaR, el posgrado y su programa se va definiendo en cada lugar; hay cursos centralizados y otros que se van desarrollando desde la práctica y se ha logrado que se distribuya más homogéneamente”. (EU7)

“(...) los que imparten la docencia en el tema son los propios médicos de MFC, a veces en ateneos, en seminarios, se invita a docentes de disciplinas de salud mental, pero en general el manejo ese lo hace la medicina familiar y comunitaria”. (EU10).

4.2.2. Dificultades percibidas en el abordaje de pacientes con problemas de SM.

En cuanto a las características de la población usuaria de la Región Sur, se observaron en los discursos, diferencias importantes entre ambas RAP, en tanto una hace referencia a que su población presenta características preponderantemente propias de un medio urbano y la otra mayoritariamente cubre un área rural, por lo que difieren en el perfil del usuario y dispersión de la población, así como también en los componentes del territorio. En este sentido el relato a continuación describe tal situación:

“(...) La RAP Canelones es muy diferente a la Metropolitana, en tanto incorpora parte de Canelones y parte de San José. No tenemos Centros de Salud, nosotros tenemos policlínicas, salvo en la región rural. En la organización del territorio tenes (...) que seleccionar cuál es el espacio territorial a definir, cada cuántos habitantes y de cuántos kilómetros. Es muy artesanal porque no hay dos ruralidades iguales. Las áreas de salud las definimos por municipios, (...) y ahí vemos los servicios que tenemos y relevamos cuáles son las necesidades de la población que reside allí.” (EA4)

En cuanto al tipo de problemáticas prevalentes en el PNA, surge de las entrevistas que se detecta una gran demanda en materia de problemas de salud mental como ser “personas que sufren estrés crónico, depresión, violencia, consumo problemático de sustancias psicoactivas, diagnóstico de psicosis”, corroborando lo referido previamente en cuanto a la realidad de otros países, resaltando además, la alta incidencia de los intentos de autoeliminación y suicidios

que ponen a Uruguay en uno de los países de la región con la tasa más alta. Estas impresiones se confirman con la caracterización de los problemas de SM declarados por los médicos de MFC en el cuestionario. Los siguientes relatos confirman lo expuesto anteriormente:

“(...) prevalencia importante de problemas de SM, por la zona, con grado de estrés crónico de la población, hay importante carga de psicosis.” (EA09)

“(...) Yo creo que los problemas en general, así de salud mental, son uno de los problemas que más tienen una tendencia ¿no? La depresión, por ejemplo, a nivel mundial y en Uruguay no se escapa de eso. Hay hitos claves en el área de salud mental, los intentos de autoeliminación en las nuevas franjas etarias, o el tema de la violencia, o el consumo de sustancias. Tienes los números para decirlo, pero además lo ves como un problema como una presión constante, demandas concretas que implica a los servicios de salud dar respuesta.” (EA3)

“(...) los intentos de autoeliminación, el trabajo con los adolescentes, (...) con las mujeres que sufren violencia, que son mayoritariamente los problemas que acuden al PNA vinculados con la salud mental, por lo menos que no se pueden escapar. No se trata solo de repetir psicofármacos, el alprazolam, el rivotril y el antidepresivo, que muchas veces capaz que se termina en eso.” (EA2)

“(...) ha habido una inclinación mucho hacia lo materno-infantil, pero paralelamente ha crecido la presión en necesidades sanitarias en todo lo que son las complejidades de las enfermedades crónicas y las concomitantes afectaciones en el bienestar y salud mental de estas personas” (EA3)

En cuanto a la percepción de los entrevistados por ASSE sobre la valoración de la respuesta en salud mental a sus usuarios y cuál es la problemática más frecuente en esta área, se destaca una percepción crítica por parte de la institución reconociendo las dificultades que existen para dar una respuesta oportuna e integral. De las causas manifestadas se pueden distinguir tres grandes grupos de problemas que enfrenta la institución (ASSE) y que se determinan mutuamente: 1. referido al modelo de gestión de los recursos en salud mental, especialmente en cuanto a las políticas de contratación y de remuneración; 2. referido a los aspectos que tienen que ver con la alta incidencia de la problemática de SM en las consultas del PNA y las características del modelo de atención para el abordaje de la misma y 3. aquellos relacionados con los factores socioculturales y las repercusiones que tienen en el proceso de atención a las personas con problemas de SM, en los usuarios y en los equipos de salud.

Dentro del primer grupo se destacan los problemas en la organización y gestión de los ESM en territorio, por presentar una doble dependencia técnica y administrativa. Ello es indicado

como elemento que potenciaría la escisión entre el componente salud mental y el componente salud. Esto se ve reflejado en las siguientes declaraciones:

“(...) Esto te lo digo a título personal, (...) si uno privilegia en la gestión buscando justamente una lógica de integrar todo el proceso, no debería existir un programa de salud mental con servicios a cargo (el entrevistado hace referencia a la existencia de una Dirección de Salud Mental en la estructura orgánica de ASSE que gestiona al Hospital Psiquiátrico y al Asilo así como también influye sobre los aspectos técnicos de los ESM insertos en las restantes Unidades Ejecutoras). Es una forma de organización histórica de ASSE, que vino dado”. (EA1)

“(...) lo más representativo de esto es ese modelo de gestión de la Salud Mental tan escindido que tiene ASSE (...) los ESM se manejan de forma autónoma al resto del Equipo de Salud. Por ejemplo, me gustaría poder sentarme yo con un psiquiatra y plantearle ¿qué te parece si por ejemplo pudieras ir acá y acompañar a esta actividad?, ¿te parece que esto te competiría o tenes una sobrecarga de asistencia o piensas que solo tienes que atender? La doble dependencia distorsiona.” (EA4)

“(...) El estilo de funcionamiento del ESM es muy endogámico, parecería que consideran que trabajar en equipo es estar todos juntos. No estoy de acuerdo, desde el 2015, estamos planteando la posibilidad de generar una desconcentración, de estar en el Centro de Salud todos juntos. La interacción con los otros Equipos, le agrega valor a la atención integral del usuario.” (EA9).

Otro aspecto dentro de este grupo de problemas, refiere a la política de remuneración diferencial que aplica la institución para la contratación de algunos de los recursos humanos de Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajador Social, Administrativos, Enfermería, etc.). De la información obtenida, surge que dicha contratación históricamente se realizaba, y se realiza, de forma diferenciada del resto del personal de ASSE, lo que implican vínculos laborales y remuneraciones heterogéneos. Esta situación es descrita como favoreciendo divisiones y tensiones a la interna de los Equipos, impactando en la calidad de la asistencia al usuario y promoviendo la discriminación y estigma. Esto se observa en los siguientes discursos:

“(...) la creación de los ESM con un pago diferenciado, para mí que creó todo un problema, una división, no está bien que para la misma función se pague más a unos que a otros, una cosa que hasta el día de hoy se arrastra y complica.” (EA5).

“(...) Yo creo que el sistema uruguayo ha heredado la segmentación, la fragmentación de la atención y atrás de eso un incentivo (el entrevistado hace referencia al complemento económico) y ahora somos presa de eso y en realidad el que más se perjudica es el usuario.

Entonces si vos me decís ¿hay que seguir con este modelo de ESM? Y yo te diría -y capaz que habría que empezar a discutirlo-, eso no quiere decir eliminar la atención de la especialidad en PNA, al contrario, porque también tenemos especialistas de otras áreas en el PNA ¿no? Yo creo que el haber encerrado como equipo y haberlo soldado incluso con incentivos y que estos equipos generan agendas propias, y además circuitos de atención propios, provoca eso que dicen el “efecto-velcro”, que los pacientes se les pegan a los especialistas. A veces hay un tema de eso también, el paciente se le pega al ESM, y el equipo no hace mucho para despegarlo y mandarlo con su médico de familia.” (EA3)

“(…) la barrera y dificultad que tenemos es la dependencia de los ESM, que en el PNA no dependen del equipo de gestión (…) sino que dependen de otra dirección. Que no solo se manifiesta ahí, sino la estructura de ASSE es así. Entonces muchas veces se nos complica cuando tenemos doble dependencia y que no es solo la dependencia técnica de los ESM, más allá de la técnica, también está la de la gestión y de los contratos y de la carga horaria. Es decir, no están considerados los cargos de salud mental dentro de la estructura de ASSE, quizá eso sea una dificultad o algo a lo que ASSE se tiene que dedicar a revisar para subsanar. (EA2).

En cuanto al segundo grupo de problemas, con relación a la incidencia de las consultas de SM en el PNA y el modelo de atención propuesto para responder a esa demanda, en los relatos, se hace referencia a que dichas dificultades pueden ser por la alta demanda generada por los problemas en los que los determinantes sociales son críticos (prevalencia de la violencia doméstica, pobreza, exclusión, etc.). Además, se hace referencia a la permanencia de un modelo de atención no actualizado a la propuesta del SNIS; se plantea que la respuesta a los problemas de SM parecería estar centrada en el eje de la enfermedad con una respuesta basada en el hospital psiquiátrico o en el especialista, desestimando intervenciones del médico de MFC u otros integrantes del ESM. Manifiestan como posibles causas, la escasez de recursos humanos, saturación por la demanda de otras consultas del equipo del PNA, falta de tiempo, ausencia de coordinaciones y falta de apoyos y espacios de cooperación entre el médico de MFC y el especialista en SM y/o ESM.

“(…) yo creo que la salud mental la ha desbordado la demanda, está como en un modelo de gestión y de atención un poco más atrás de lo poco que se ha podido avanzar en el resto de las otras áreas de la salud, no ha conseguido salir de la patología, la atrapó la patología.” (EA4).

“(…) entonces ¿qué es lo que pasa cuando tenemos en un Centro de Salud determinadas especialidades? El médico de familia, en este caso, si está frente a un paciente

de salud mental no lo sigue, lo deriva, como tiene el ESM resuelve que ellos se ocupen. Es decir, administra la responsabilidad de otra manera.” (EA2)

“(…) creo que en las profesiones que trabajan allí, en ese PNA, es una cuestión de derivar, cada vez más problemas (…) cada vez son más conductas, más hábitos que son catalogados propios de dar una respuesta desde salud mental. El personal de los Centros de Salud generalmente deriva, no sé cómo es ahora, pero debe derivar bastante hacia esos ESM, se deben ver desbordados.” (EA5).

“(…) los profesionales de la salud atendemos algunos pacientes para los que no tenemos capacidades para hacer esa atención diferencial que requieren (…) y eso se vive mucho por ejemplo en las puertas de emergencias. El paciente que ya viene con el sello del loquito, lo tiré por ahí, no le doy bola, si puedo lo destrato también si nadie me ve, o sea como que, a un nivel menos técnico de funcionarios, que son la cara visible. Se está trabajando en todo el reperfilamiento de la oficina de atención al usuario y qué capacidades deberían tener quienes atienden al usuario, se requieren cierto nivel de formación para manejar estos temas”. (EA4)

El tercer grupo de problemas, hace referencia a los factores socioculturales que podrían operar de interferencias que no favorecen a dar/recibir una respuesta oportuna e integral en SM. Por un lado, de las entrevistas surge el alto nivel de estigma que sufren los usuarios con problemas de SM en la órbita de los sistemas de salud, ratificando lo enunciado en los capítulos precedentes. Dicha discriminación, sumado a la falta de empatía de algunos equipos de salud y servicios de emergencia frente a este tipo de pacientes, desestimula cualquier posibilidad de la solicitar ayuda. De esta forma, las personas se alejan del sistema sanitario, o, por el contrario, a veces favorece lo referido en capítulo anteriores, la “hiperfrecuentación” de algunos usuarios que reiteran la visita en el sistema de salud, sin encontrar respuestas. Dicha situación, podría revelar, además de la serie de inconvenientes atribuidos a la gestión y organización de los servicios, la falta de formación y entrenamiento de los equipos de salud, en el que se integra el médico de MFC, para afrontar determinadas situaciones referidas a los problemas de SM. Las siguientes declaraciones ponen esta situación en evidencia:

“(…) en la salud mental todavía persiste una estigmatización y una discriminación en relación a lo sanitario.” (EA1)

“(...) además seguimos con la discriminación a la interna, así como discriminamos otras enfermedades también se sigue discriminando al paciente psiquiátrico.” (EA3)

“(...) nosotros tenemos capaz que una dificultad con relación a los problemas de salud mental, en ver hasta donde el médico general y el médico de familia pueden resolver algunas situaciones vinculadas a ello como trastornos de ansiedad y/o de depresión simples, que no son severos sin la necesidad de contar con un psiquiatra. Es decir, con algún especialista al mismo nivel, ¿qué hacemos con otras especialidades?, como la endocrinología o la pediatría o la ginecología, que hay cosas que son de resorte del médico de familia y del médico general para no saturar la demanda. (EA2)

Las percepciones identificadas por los entrevistados sobre las dificultades para que los médicos de MFC den una respuesta integral eficiente, ponen especial énfasis en estos factores socio culturales, refiriéndose específicamente a como las condiciones de vida y modos de existencia actuales, propician el estrés (multiempleo, individualismo, etc.) impactando desfavorablemente en la construcción de espacios de trabajo colectivo y el desarrollo de competencias y habilidades necesarias para enfrentar las demandas. Las siguientes declaraciones esclarecen lo referido anteriormente:

“(...) yo creo que hoy, la sociedad uruguaya, estamos todos muy enfermos, sobre todo, de nuestra espiritualidad de nuestra subjetividad, de nuestra cabeza de los vínculos, del modelo tan despiadadamente individualista, consumista, te aleja del sentimiento, te aleja de este diálogo que nosotras hemos tenido, es un privilegio el sentarse con una persona, mirarla a los ojos y hablar.” (EA4)

“(...) a mí me parece que se perdió la capacidad de escucha (...) es algo muy simple, muy sencillo, muy humano, muy básico (...) y se perdió. Me parece que ese Equipo que recibe a las personas con problemas de salud mental, si le dieran tiempo para escucharlo y no saliera corriendo a ver a qué especialista lo manda..., me parece que nos evitaríamos dos millones de problemas, porque ya salir del primer nivel para un especialista no creo que sea la solución.” (EA5)

“(...) hay un pedido de la sociedad, de la familia, de las instituciones, de que haya una solución como rápida en este mundo. Todo se quiere solucionar rápidamente, que obliga a que se cree un engranaje que para mí es bastante preocupante. Sabemos que las cosas llevan su tiempo, las cosas que tienen que ver con los sentimientos, con las emociones, hay que darles tiempo, enfrentarlas (...)” (EA6)

Por otra parte, surge de algunos entrevistados el cuestionamiento a la referencia discriminada entre la salud y lo mental, confronta la idea de si hay “pacientes de salud mental”. Esto se describe en los siguientes relatos:

“(...) Lo que pasa que no hay pacientes de salud mental (...) Todos los pacientes, los orgánicos también, tienen salud mental (...). Para esos pacientes, el mejor recurso es un médico de familia, no es el psicólogo ni el psiquiatra, porque es el que es capaz de ver esas otras cosas, vos estás deprimido pero alguna otra cosa o desde el área social o de lo laboral o del familiar, no es el problema exclusivo de salud mental (...).” (EU7)

Asimismo, se hace referencia explícita a las dificultades relacionadas a la falta de habilidades y el entrenamiento de los posgrados para dar respuesta en el abordaje de aquellos pacientes con problemática en SM. En este sentido se destacan las siguientes declaraciones:

“(...) el problema con el fomento de la escucha activa del tema SM, es que a veces indagan demasiado los Residentes y después no saben qué hacer, pero para muchos la escucha activa y dar el espacio eso es muy bueno, y el desafío es identificar hasta cuándo doy eso y qué más necesito dar y a quién le tengo que pedir que intervenga.” (EU6)

“Hay barreras para el abordaje del paciente con problemática en su salud mental, va con el sello voy a salud mental, si la consulta fuera más natural del paciente y su familia (...). Hay algunos que cuentan con herramientas para abordar los problemas de SM, y otros que no (...), los más jóvenes están mejor formados” (EA2)

4.2.3. Relacionamiento entre los médicos de MFC y los ESM

En cuanto al componente que valoraba el relacionamiento entre los médicos de MFC y los ESM se describen a continuación las opiniones analizadas de ambas instituciones.

4.2.3.1 Perspectiva de Informante Calificado de la UdelaR

En relación a los niveles de coordinación entre los equipos de salud, específicamente los médicos de MFC y el ESM, surgen distintas posturas de los docentes, algunas encontradas, en cuanto a cómo se desarrolla y cuáles serían las sugerencias de mejora. Parecería que la buena coordinación está supeditada más a las relaciones personales que se hayan entablado entre el médico y especialista que a pautas estandarizadas y fundadas en marcos referenciales que garanticen la misma. Algunos informantes plantean que entienden que no

son tan necesarias ni hacen falta las guías de tratamientos ni los mapas de ruta, sino las relaciones en la referencia y contrarreferencia con los otros especialistas, el contacto y conocimiento personal, para poder trabajar sobre la situación planteada por el paciente, de forma conjunta. A este respecto, las siguientes declaraciones son ilustrativas:

“(...) odio los mapas de ruta, las guías, todo eso, porque me parece que conspiran contra el razonamiento y contra el juicio clínico, la vida tiene muchas variables que no se resuelven con protocolos. (...) no faltan guías, falta saber de las cosas y comprometerse con la atención.” (EU7)

“(...) Lo que tiene que estar es la continuidad y la relación y la referencia y la contrarreferencia con esa especialidad. El Equipo de Salud y el MFC, para mí, tienen que tener una red de especialistas, de apoyo. Un especialista de referencia de cada caso.” (EU6)

“(...) La relación es buena porque compartimos espacio, pero no hay respuesta. Hay algunos fármacos que solo los puede prescribir el psiquiatra y es muy complejo para el paciente si no accede al tratamiento.” (EA4)

4.2.3.2. Perspectiva de Informante Calificado de ASSE

En cuanto al componente que valoraba el relacionamiento entre los médicos de MFC y los ESM, se manifiesta que existen pocos espacios de interacción en común, escasez de pautas de organización del trabajo y que aún no están dadas las condiciones para una integración consistente. Elementos que coinciden con las perspectivas de algunas de las declaraciones presentadas anteriormente. Se plantean como posibles causas, las dificultades generadas por la doble dependencia administrativa y técnica referidas previamente, el modelo de atención que aún promueve la visión fragmentada de los procesos de enfermedad y cuidados, las presiones de la demanda generando sobrecarga y falta de tiempo, así como también persistencia por parte de los usuarios y de los funcionarios de un alto componente de estigma y discriminación con relación a los problemas de SM. Asimismo, se hace referencia a la falta de formación y destrezas para abordar a las personas que consultan por problemas de SM, especialmente en aquellos médicos de MFC que pertenecen a las generaciones en la que aún no estaba la especialidad. Los siguientes relatos son gráficos al respecto:

“(...) hay pocos espacios de interconsulta, no hay ateneos. Hemos optado por un proceso de vía negociada y no por imposición de la integración, pero no está siendo fácil.” (EA6)

“(...) los ESM son como islas, (...) para mí es lo más representativo (...) lo que salta a la vista es la Salud Mental, pero hay otros grupos que son iguales o tal vez peores, (...), yo

soy muy crítica de que la SM tenga que tener una escisión del resto de lo que son las áreas de la salud.” (EA4)

“(…) lo que pasa que si tenemos separada la salud mental de la atención integral nunca la vamos a entender cómo atención integral. Si le sacamos el médico de familia o el licenciado en enfermería que no tienen que considerarla porque la salud mental va por otro carril y no lo unimos, nunca va a haber una salud mental integrada (…) nosotros mismos ponemos esa barrera, el tema es la gestión en red.” (EA2)

“(…) también hay una necesidad mayor de mejorar el vínculo entre los ESM y los equipos de salud en el primer nivel, por los especialistas y los no especialistas en salud mental. Es decir, esto de hacer la red dentro de la propia red, dentro del primer nivel, porque uno habla de la red con el segundo y el tercer nivel, pero ¿qué nos pasa a la interna de la RAP metropolitana?, ¿trabajamos nosotros en red?” (EA3)

“(…) Qué tan permeable es la respuesta del equipo de salud, que tan reactiva es la respuesta del equipo de salud cuando se requiere dar respuesta a la propia demanda, de repente, del técnico al colega que está al lado mío pero que no es psiquiatra ni psicólogo, y otro paso más elevado que sería la co-consulta, el ver pacientes y poder tener instancias de discusión en conjunto, y abordarlos en conjunto.” (EA3)

“(…) más apuntando a la transdisciplina que a la interdisciplina. El primer nivel es el mejor lugar, el lugar óptimo para hacer esa práctica, para empezar a construir con la otra disciplina, hasta por una cuestión de proximidad física que es imprescindible (EA4)

Se plantea como posibles soluciones para favorecer el relacionamiento entre los Equipos de Salud y los ESM, fortalecer la estructura de soporte informático en cuanto a manejo de una agenda común e historia clínica electrónica. En este sentido se declara que:

(…) hay dos estrategias sobre las que nosotros estamos trabajando en eso, para integrar un poco a través del manejo de la agenda compartida, ahora nosotros acabamos de implantar, en todos los Centros de Salud, el sistema de gestión de consulta, el SGC, es mucho mejor porque nos permite mirar la demanda que tenemos de todas las especialidades (…) incluso de los médicos de familia de toda la RAP, recién ahora podemos estar diciendo dónde tenemos los problemas principales (…) y la otra es el escritorio clínico, es decir bueno a ver, nosotros ahora estamos en un plan también de poner computadoras en toda la RAP, aún en los puestos más pequeños, con el cableado además con el acceso a internet (...), tener la estructura como para que el escritorio clínico se use en el 100% ,por todos los especialistas, no sólo los médicos de familia y los pediatras, la historia clínica es “el” elemento integrador.” (EA3)

En suma, considerando los resultados obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a los médicos de MFC y el análisis de las entrevistas a informantes calificados realizadas, se evidencia la complejidad del escenario en el que se enmarca el objeto de estudio de la presente Tesis: la SM en el PNA. Parecería que, a pesar de los avances en el SNIS, en términos de estructura y organización aún no hay consensos sobre cuál es la forma de organización efectiva de los recursos en salud en el PNA, cuál es la modalidad de relacionamiento con los diferentes componentes de la red de salud y cuál debería ser la formación específica y necesaria en SM de los médicos de MFC. Dichos factores intervienen y dificultan la concreción del cambio de modelo de atención, que sumados a los cambios culturales implícitos que se deben generar para que el mismo se consolide, lleva a pensar que queda aún un camino largo a recorrer para que se garantice la integralidad en los cuidados en salud. En el capítulo siguiente se profundiza en el análisis de estos resultados a la luz de las experiencias internacionales y regionales estudiadas.

Capítulo 5

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objeto de estudio describir la integración del componente SM en el PNA en la Región Sur de ASSE en el marco del SNIS, a través del conocimiento de la formación en SM de los médicos de MFC. Ya fue expuesto previamente el papel clave que juegan estos como referentes del primer contacto con el sistema sanitario, por lo tanto, sus conocimientos, habilidades y destrezas para realizar una adecuada valoración integral del estado de la salud de la población, son fundamentales (Sanroma, Aragonés, Eichelbaum & Pascual, 2009). Al respecto, la bibliografía internacional muestra la existencia de barreras conceptuales (Villalva & Caballero, 2006; López, Serrano, Valverde, Casabella & Mundet, 2006; DeVicente & Berdullas, 2009), culturales e institucionales (Montero et al., 2009), que dificultan la detección oportuna y su abordaje para los casos que consultan por problemas de SM en el PNA.

A partir de este marco, se identificó la formación recibida en el grado, posgrado y en formación continua en SM de los médicos de MFC estudiados, los motivos de consultas por problemas de SM más frecuentes, el tipo de abordaje que les proponen, la actitud frente a estos pacientes, los criterios de derivación y el relacionamiento con los ESM, así como también, cuales son las necesidades formativas para mejorar la respuesta.

A tales efectos, se entendió necesario ubicar el contexto en el que se sucedieron los cambios de paradigma en el campo de la salud y sus respectivos impactos en los modelos de atención, considerando las vicisitudes de la aplicación de la estrategia de APS en los sistemas de salud europeos (Gervas, 2004; Macinko et al., 2003) y latinoamericanos (Acosta et al., 2011; Conill, Fausto & Giovanella, 2010; Soares, 2001).

Como fue mencionado en el primer capítulo, investigaciones realizadas sobre los procesos de reformas sanitarias en sudamérica (Giovanella & Almeida, 2017; Giovanella 2015) plantean que si bien se ha recuperado el concepto y aplicación de APS en la mayoría de los países que la conforman (a través de la creación de equipos multidisciplinarios de salud con base territorial, enfoque intersectorial y que priorizan el abordaje a la familia y su comunidad), aún persisten dificultades para su desarrollo, asociadas a decisiones políticas, segmentación de los sistemas de salud e insuficiente dotación de recursos humanos capacitados, así como también dificultades para la contratación y/o reorientación de los mismos en zonas remotas.

En el presente trabajo se pudieron identificar algunas coincidencias y obstáculos específicos de la situación nacional en comparación con las experiencias tomadas como referencia. Para

el caso de Uruguay, los avances producidos a partir de la implementación y desarrollo del SNIS (2007), permitieron transformaciones estructurales en el sistema sanitario, con un direccionamiento fuerte a priorizar el PNA enfocado en la aplicación de la estrategia de APS. Por lo tanto, se observa que Uruguay ha seguido la tendencia de reformas sanitarias mencionadas. En este sentido, se destaca que el subsector público, específicamente ASSE, se encuentra en pleno proceso de transformación en su organización, alineado a las directrices definidas en el SNIS, a través del fortalecimiento del PNA configurando sus Redes de Atención Primaria (RAPs) con amplia base de acceso a ES y fuertes dispositivos de enlace en la articulación de los usuarios por los diferentes niveles de atención, como lo refiere su Plan Estratégico.

Lo relatado en las entrevistas corrobora lo mencionado previamente en cuanto al reconocimiento de que ASSE es el efector de salud del SNIS que más avances ha implementado en el cambio de modelo y el que más *“ha dado entrada a los médicos de MFC”* (EU7), para cubrir los servicios del PNA.

No obstante, estudios y evaluaciones nacionales (MSP, 2017; Sollazo & Berterreche, 2011) indican que aún el avance en la aplicación de estrategia de APS se encuentra en un nivel más teórico que puesto en práctica, específicamente en el subsector privado de salud, identificando dificultades en la evaluación y control de acciones para su desarrollo y fortalecimiento. Uno de los aspectos mencionados para su solución es afirmar la función reguladora del MSP y mejorar las políticas de desarrollo de los recursos humanos en salud.

Además, se observó en las entrevistas que aún persiste el debate sobre cuál es la modalidad de organización más eficiente del PNA para dar respuesta a las necesidades de salud de la población con un enfoque en APS, no solo por la falta de consensos en cuanto a qué especialidades deben intervenir en los equipos, sino también por la persistencia de tensiones disciplinarias médicas sobre las fronteras y el alcance de cada una de ellas. Otro aspecto que es considerado un obstáculo importante, refiere a la escasa dotación de recursos humanos, sobre todo del personal de enfermería para conformar los EBS, coincidiendo con la situación de otros países de la región, como son Chile y Brasil.

La revisión de la documentación consultada, permitió describir la trayectoria de las reformas psiquiátricas y de SM (OMS, 2013; Kohn et al., 2005; OMS, 2001; González Uzcátegui & Levav, 1991) guiados por los consensos e instrumentos validados por los organismos internacionales de salud y las diferentes formas en que los países se organizan para integrar el componente SM y dar una respuesta integral considerando que *“no hay salud sin SM”*.

A partir de lo expuesto, no hay dudas, que existe una relación fuerte entre los valores, principios y componentes de la estrategia APS y los postulados de las reformas en SM con

un enfoque comunitario. En el primer capítulo se hizo referencia a las dificultades que aún persisten a nivel mundial para que dichas reformas se desarrollen, señalando que los mejores resultados se han obtenido en aquellos países donde la SM ha sido incorporada a la política de salud general con un marco regulatorio claro y la asignación de un adecuado número de recursos fuertemente capacitados en la materia. (OMS, 2014; Sepúlveda & Minoletti, 2012; OMS, 2001c). Asimismo, se hizo hincapié que uno de los desafíos más importantes de los gestores de salud para reducir la brecha de tratamiento en SM, es otorgar especial énfasis a la integración del componente SM en el PNA y avanzar hacia una cobertura de servicios global (OMS, 2008; OMS/WONCA, 2008).

En relación a este aspecto, se identificó en los distintos informantes claves entrevistados, cierto grado de percepción de estos obstáculos presentes a nivel de la estructura y gestión de la institución para propiciar un modelo integral de abordaje en salud. Sin embargo, se aprecian diferencias en la profundidad de la percepción y dimensión que tienen estas dificultades a nivel de las autoridades de la institución ASSE. Se observó también, cierta homogeneidad acerca de estas dificultades en los discursos de los entrevistados académicos. En este escenario, la integración del componente en SM en el PNA, se complejiza, en tanto no se visualiza claramente en los discursos de los gestores y de los académicos del presente estudio, consensos sobre cuál es la forma de organización efectiva de los recursos en salud mental, cuál es la modalidad de relacionamiento con los diferentes componentes de la red de salud y cuál debería ser la formación específica y necesaria en SM de los médicos de MFC. Esta situación permite pensar en los obstáculos conceptuales que persisten en ambos sectores (institucional y académico), en tanto parecería ser que el énfasis puesto en el componente salud general y el concepto de integralidad determinaría el riesgo de invisibilizar, o no considerar la especificidad y complejidad que exige la integración del componente SM. Parece ser necesario, tomar como referencia las experiencias de los países que tienen más desarrollo y han demostrado su efectividad para, de esta forma, aplicar el modelo de atención comunitario y dar una respuesta a los problemas de SM desde un enfoque de derechos humanos.

La reciente promulgación de la Ley de SM en Uruguay (No. 19.529/2017) parece ser una oportunidad para que el país avance en la materia. En sus contenidos se establece claramente la concepción sobre la protección de la SM de las personas como una acción inseparable de la protección integral de la salud. (Ley SM, Cap.1, Art.3°).

5.1. Características de los médicos encuestados que trabajan en el PNA

De los resultados obtenidos de los profesionales que trabajan en asistencia directa en el PNA y de las entrevistas realizadas, se detallan a modo de síntesis, los más significativos, que responden las preguntas de investigación, considerando a los objetivos específicos planteados y la bibliografía internacional y nacional utilizada como marco de referencia.

De los 125 médicos de MFC del PNA encuestados se destaca que la mayoría (70%) trabajan en la RAP Metropolitana, mientras que en la RAP Canelones el número de recursos humanos es significativamente menor (30%), lo cual se explicaría por la población usuaria de referencia de cada RAP. La mayoría de los médicos MFC son mujeres (83%) coincidiendo con la tendencia a nivel internacional en lo que refiere a la feminización de la profesión. Presentan una edad promedio de 43 años y 70% tienen más de 5 años de experiencia de trabajo en el PNA. El 75% ocupan cargos efectivos en ASSE y 68% cumple una carga horaria de 30 horas semanales; por último, 72% refirió tener otro empleo.

La titulación a nivel de grado es mayoritariamente (90%) en la universidad pública; 94% de los médicos encuestados declaró tener especialidad (92% en MFC, 2% en Gestión de Servicios de Salud, Geriátrica y Master en Nutrición; 6% refieren no tener ninguna). Todos ellos realizan asistencia directa en el PNA y cumplen funciones de médicos de MFC. Este perfil de médicos, ilustra y confirma lo expuesto por algunos de los entrevistados con relación a los niveles de formación y competencias diversas que existen dentro del personal contratado en el PNA de ASSE. A este escenario, se le suman aquellos médicos que cursaron en el ámbito privado. Tanto los entrevistados de la UdelaR como de ASSE, coinciden en remarcar las diferencias en la calidad de formación de la especialidad entre las universidades pública y privada (master) como se hizo referencia en el capítulo anterior, otorgando mayor valor a aquellos que la realizan en la UdelaR. Esta situación difiere de algunas exigencias y/o requerimientos para el trabajo en el PNA de experiencias internacionales y de la región. En estos casos, el requerimiento es haber terminado y contar con el título de la especialidad para cubrir las plazas como médicos de MFC.

5.2. La formación en SM y la autoevaluación de los médicos de MFC encuestados.

En cuanto a la formación en SM de los médicos de MFC que trabajan en el PNA de las RAPs de la Región Sur de ASSE, los datos provenientes tanto de los cuestionarios como de las entrevistas muestran que la mayoría de los participantes refieren que el componente SM se brinda en la formación de grado, posgrado y en menor medida en la formación continua. Sin embargo, como se expresó anteriormente, la evaluación que realizan sobre la calidad de la misma, coincide en 69% de los encuestados, que es regular y/o insuficiente para el período específico de formación de grado. Es decir, hay consenso entre los participantes sobre la

deficitaria formación en SM en el periodo de pregrado, implicando este un desafío importante para las instituciones académicas (responsables de la formación de los recursos humanos), en la revisión de sus programas universitarios y las modalidades de intervenciones educativas hacia los estudiantes de medicina. Como lo sugiere la bibliografía internacional (Gask, 2007; Katon & Unutzer, 2006; Katzalinick et. al., 2005;), dicho período es considerado de singular importancia, dado que es cuando se construyen habilidades más duraderas que favorecen prevenir actitudes negativas y estigmatizantes de las problemáticas de SM. Es en la etapa de formación de pregrado cuando debería fortalecerse el desarrollo de habilidades y destrezas que sustenten una respuesta integral, considerando la dimensión psicosocial. Podría decirse que la mejor “tecnología” en esta área, como se menciona en el segundo capítulo, radica, no sólo en insumos tecnológicos, sino en las competencias que desarrolle el ser humano en términos de además de conocimientos, también de actitudes (sensibilidad, empatía, no discriminación, etc.) y habilidades (capacidad de escucha, destrezas para entablar un vínculo de confianza) (Ciurana, 2009).

En cuanto a la evaluación expresada por los participantes sobre la formación en SM en el periodo de posgrado, las respuestas obtenidas se reparten casi en la misma proporción para aquellos que la evalúan deficitaria (51,7%) y aquellos que refieren que es buena (46,6%). Dichas valoraciones de la calidad de la formación en SM realizadas, sumadas al análisis de las respuestas de los entrevistados, resaltan y acentúan la evaluación crítica de la misma para los recursos humanos que trabajan en el PNA. Algunos docentes y gestores refieren que la formación es adecuada y otros que es muy escasa. El hecho que la misma esté supeditada a la integración y experiencia del equipo docente a través de las UDAs, reafirma que la calidad no está homogéneamente garantizada para todos los que se forman, lo que se evidencia de la siguiente forma “(...) *la formación durante los tres años depende del territorio y de los contactos con los que trabajes. Yo me siento capacitada.*” (EU10)

La escasa coordinación y colaboración con las especialidades en el área de SM dentro de la Facultad de Medicina, mostrarían los obstáculos presentes en la formación de este componente. Los entrevistados del área académica refirieron un mayor intercambio de conocimiento principalmente con el Departamento de Psicología Médica y en escasas instancias con otras áreas. No obstante, en los contenidos temáticos del Programa de Formación de la especialidad, referidos en el segundo capítulo, se observa que la consideración del factor psicosocial y los componentes en SM están presentes en la currícula del posgrado. De igual forma, el Programa determina la exigencia, para las prácticas en el área clínica de medicina, que, en el 2do. año de la especialidad, los médicos posgrados y residentes de MFC realicen pasantías por los ESM de ASSE. Es importante destacar, que no

se identificó información de la evaluación de dicha práctica, en término de aprendizajes y destrezas adquiridas.

Por otra parte, algunos entrevistados refieren que los docentes que imparten la formación de los contenidos teóricos, generalmente son docentes de MFC que obtuvieron formación y/o especialización en el área y la replican con los estudiantes. En este sentido, no se localizó bibliografía y/o documentos sobre un marco referencial específico. Este panorama coincide con lo referido al componente de SM en la formación de los médicos de MFC de los países desarrollados y en vías de desarrollo, a pesar de observarse algunas diferencias sobre todo en lo que respecta a la obligatoriedad para el caso de los países de la UE de contar con el título para el ejercicio de la especialidad.

En cuanto a las actividades de formación continua de los especialistas, surge de las encuestas que aproximadamente 50% de los médicos participaron en cursos, talleres y jornadas de entre 4 a 6 horas de duración, realizados en su mayoría entre los años 2014 y 2016. Esto podría estar indicando la inquietud de los profesionales del PNA así como también de la propia institución ASSE, de compensar la formación deficiente en el componente SM en el grado y posgrado.

Al analizar dichos resultados con lo expuesto por los entrevistados de ASSE, se podría deducir que, si bien existen propuestas de la institución para impartir actividades de actualización y formación continua en SM a los Equipos de Salud del PNA, estas no presentan una planificación sostenida en el tiempo, con las consecuentes desventajas dadas por la rotatividad o cambios en la conformación de los equipos. De esta manera se corrobora con lo expresado en el Informe Regional sobre los Sistema de Salud Mental en América Latina y el Caribe (OPS, 2013) el cual menciona el bajo porcentaje (27,3%) de países de la Región que disponen sistemáticamente de formación continua en temas de SM destinados a profesionales del PNA.

Por otra parte, surge de las respuestas, que los contenidos temáticos de los cursos ofrecidos refieren a problemáticas de poblaciones específicas y no tanto al desarrollo de competencias y fomento de actitudes positivas frente al paciente con problemas de SM. Se hace hincapié por parte de los participantes, en la necesidad de promover la formación para potenciar, sobre todo, las habilidades comunicacionales, así como también para reducir el estigma y la discriminación que muchas de las personas con problemas de SM sufren en el sistema de salud específicamente y en la sociedad en general. Dicha inquietud está en sintonía con las recomendaciones referidas previamente en cuanto a la importancia de fortalecer las competencias y habilidades comunicacionales para mejorar la respuesta, consideradas como una de las “tecnologías” priorizadas para la comprensión de las problemáticas en SM.

En suma, los resultados obtenidos de las evaluaciones de los participantes sobre la percepción de la formación en SM permiten ilustrar que es considerada deficitaria para el periodo de grado, buena para el periodo de posgrado y con escasa formación continua durante el desarrollo de la práctica profesional. Se plantearon diferencias en la evaluación de la calidad de la misma entre las diferentes participantes (médicos del PNA, gestores y académicos). En cuanto a los académicos, se desprende la existencia de una escasa colaboración multidisciplinaria e interinstitucional (entre las diferentes Facultades abocadas a la formación de profesionales en el campo de la salud y salud mental) en el personal docente de la formación.

Ante esta situación, sería importante considerar, como fue referido en el segundo capítulo, las sugerencias que realizan algunos autores (Nolan & Hewison, 2008; England & Lester, 2005; Kodner & Spreeuwenberg, 2002) en cuanto a los cambios que deberían realizarse en los programas de las Universidades y los procesos de formación de los recursos humanos en salud, para facilitar el trabajo integrado y propiciar mejores condiciones para el abordaje integral. Una de las sugerencias planteadas es favorecer espacios para la educación/formación interprofesional que permita a los ES aprender sobre los entornos y fortalezas de los demás y fomentar una cultura de colaboración, respeto mutuo y el entusiasmo por el trabajo conjunto. Esto parecería ser un desafío importante para las instituciones formadoras, en tanto exige la integración e interacción explícita en la práctica, así como también la revisión de la metodología utilizada para abordar la complejidad que implica, en el campo de la salud, la integralidad en SM.

A la luz de estos datos y análisis, quedaría en evidencia la necesidad de fortalecer también, estrategias para la formación continua y actualización en SM de los profesionales de la salud, utilizando metodología y modelos de intervención educativa referidos previamente (Hodges, Inch & Silver, 2001) en los que se sugiere considerar para su diseño y planificación tres variables emergentes: 1) la duración de las actividades en formación continua, 2) propiciar la participación activa de los integrantes de los ES y 3) la integración del aprendizaje en el contexto clínico.

Es importante destacar, además, que no habría dudas en que la mayor incidencia de cambio para promover actitudes favorables y el desarrollo de habilidades para el abordaje integral de las personas que consultan por problemas de SM, implica intervenir especialmente en la etapa de formación de grado. Siendo este un hallazgo clave del presente estudio, que puede ser de insumo para las sugerencias de mejoras a nivel institucional, así como también como objeto de estudio a profundizar en futuras investigaciones.

5.3. Estrategias, destrezas y dificultades en el abordaje de pacientes con problemática de Salud Mental.

En cuanto al tipo de problemas de SM más frecuentes en las consultas de los médicos de MFC en el PNA, cabe aclarar, que no fue objeto del presente estudio realizar un diagnóstico epidemiológico de la prevalencia de dichos problemas en el PNA, simplemente se pretendió acercar conocimiento sobre las características de las consultas de los médicos de MFC al respecto, identificar cuál es su manejo y qué dificultades perciben frente a ellas.

Se destaca de los resultados obtenidos, la misma tendencia que muestran los datos referidos sobre la realidad de los países europeos (Salazar & Sempere, 2012) y de la región (OPS, 2013; Kohn & cols., 2005), de los que surge que los motivos de consultas de mayor incidencia para el caso de adultos en el PNA, son la depresión y la ansiedad. Las respuestas de los participantes del estudio, en cuanto a los resultados de la prevalencia de la problemática de SM en PNA de la Región Sur de ASSE, coinciden, siendo los de mayor incidencia los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, seguidos de quienes presentan problemas de insomnio y uso problemático de sustancias psicoactivas.

Con relación a qué criterios utilizan para derivar estos pacientes al especialista de SM y/o al ESM, en su mayoría (31%) refieren que lo hacen en aquellas situaciones calificadas como graves y/o de complejidad, seguidas de aquellos casos (22%) que presentan mala evolución y un porcentaje apenas menor (20%) frente a personas con diagnóstico de trastorno psicótico. Dichas consideraciones, permiten inferir al menos dos aspectos a tener en cuenta: 1) en primer lugar, más allá de lo abarcativo que pueden ser los adjetivos gravedad/complejidad, podrían asociarse a la “complejidad” del perfil sociodemográfico preponderante de la población usuaria de ASSE, mencionado anteriormente, del cual 40% pertenecen al primer quintil de ingresos. Esto pone en evidencia las exigencias y desafíos que presenta la Institución (ASSE) y principalmente los ES del PNA, para el diseño de estrategias singulares en el cuidado de la salud de la población usuaria, considerando los determinantes socio culturales que la atraviesan. En este sentido, habría que pensar la pertinencia que adquiere lo planteado por Texeira (2005) en relación a las dificultades para conceptualizar los “problemas de SM”, en tanto las fronteras entre los problemas de la vida y la patología no son fáciles de discriminar, y, por ende, el diseño de las respuestas requiere de abordajes que incluyan dicho análisis de complejidad, confirmando que es insuficiente la respuesta exclusiva del sector sanitario.

Por otra parte, en cuanto a la alta frecuencia de respuestas que plantean como criterio de derivación la “mala evolución”, podría inferirse de ello una multiplicidad de factores que inciden en la toma de decisión previo a la derivación. Entre ellos, por ejemplo, como lo refiere la

bibliografía internacional, (Ivbijaro, Patel, Chisholm, Goldberg, Khoja & cols., 2015) la consideración por un lado, de la falta de herramientas y conocimientos en los médicos de MFC para aplicar una estrategia efectiva y por otro, la fragmentación del sistema de salud, manifestada a través de la ausencia de protocolos de actuación y derivación, pautas poco claras y explícitas para la organización del trabajo y coordinación en la interfase EBS y SM.

No obstante, apenas 9% de los médicos encuestados argumenta que deriva a especialista por falta de conocimiento. Esto traería a luz cierta dificultad en la autocrítica que podrían presentar algunos médicos de MFC en reconocer las debilidades en su formación en SM. En tanto, es llamativo que ellos mismos hayan evaluado su formación en SM como deficitaria a lo largo de su carrera, así como también, la escasa profundidad en tiempo y contenidos de los cursos de formación continua.

Solo 1% de los médicos refiere que ha derivado a especialista cuando entabla una mala relación con el paciente. Dicho resultado es congruente con los datos obtenidos del ítem que valora la percepción del trabajo de estos médicos ante los pacientes con problemas de SM, en tanto más de la mitad (55%) refieren estar satisfechos y valoran su trabajo. Lo que daría a entender la disponibilidad y sensibilidad que presentan los profesionales en el vínculo con los usuarios y el esfuerzo que ejercen para sortear aquellas situaciones complejas que determinarías dificultades en los vínculos, como se profundiza más adelante, en el ítem que valoró específicamente la relación con los pacientes con problemas de SM.

En cuanto al tipo de abordaje mayoritariamente utilizado, casi la totalidad de los médicos (96%) refieren utilizar la combinación de "tratamiento farmacológico con apoyo psicológico"; existiendo tan solo un 33% de médicos que refiere que nunca realiza "sólo tratamiento farmacológico". Como fue expuesto en el capítulo anterior, este ítem plantea una dificultad para su análisis dado que no se profundizó en la definición del significado de "apoyo psicológico", en cuanto a qué estilo de intervenciones realiza y/o sobre qué marco referencial teórico o modalidad de intervención y/o entrenamiento se respalda, o si se trata de la aplicación del sentido común para cada situación. A pesar de ello, llama la atención que los médicos de MFC lo hayan consignado como un recurso que utilizan. Esto abre un debate interesante en cuanto a la conveniencia o no de entrenar a los médicos del PNA en abordajes psicoterapéuticos o intervenciones psicosociales más estructurados para aquellas situaciones de menor complejidad, pero alta prevalencia, como ser el abordaje de la ansiedad, angustia, trastornos adaptativos, etc. Dicho debate, se entiende, debería darse en la órbita de las instituciones formadoras del área y las autoridades sanitarias y de la educación, en tanto Uruguay, aún no ha saldado las tensiones existentes vinculadas a la reglamentación de las prácticas psicoterapéuticas en la órbita de la salud. Parecería ser necesario establecer la definición de las competencias, requisitos de formación y límites en la práctica, para de alguna

manera garantizar la calidad de las intervenciones y la seguridad de las personas que se benefician de ellas.

5.4. Relación con el paciente con problemas de SM

De los datos obtenidos de la encuesta sobre cómo los médicos califican su relación con los pacientes que consultan por problemas de SM y que indaga sobre el vínculo que entablan, se han obtenido resultados variados. Se destacan en más de la mayoría, un alto grado de interés y motivación en las consultas con estos pacientes acompañado de la impresión de realizar un buen manejo de las mismas. No obstante, se observó que un grupo considerable de médico de MFC (74%) refiere sentir incomodidad o inseguridad en la consulta con dichos pacientes y otro grupo menor (46%) reconoce que a veces siente rechazo, siendo mayor la cantidad de respuestas en este ítem en los médicos de la RAP Canelones. Esto pondría en evidencia las dificultades puestas en juego en el vínculo con el paciente al momento del abordaje, tanto a nivel personal (en términos de emociones y sentimientos que se movilizan) como a nivel académico en cuanto a las herramientas otorgadas (destrezas y habilidades) en el proceso de formación. Para el caso de los médicos de la RAP Canelones podría inferirse que la escasa dotación de recursos humanos en SM, con la concomitante sobrecarga por la demanda de la zona, podría explicitar la presencia del rechazo reconocido por ellos. Por otra parte, hay un grupo de médicos (37%) que fue contundente en consignar que nunca siente rechazo por los pacientes con estos pacientes.

Como se ha reiterado previamente, estos aspectos referidos a las actitudes y habilidades del personal de salud, son cuestiones importantes a tener en cuenta por las instituciones formadoras y los sistemas de salud para reducir los obstáculos al momento de entablar una relación confiable que habilite el cuidado de la salud integral (Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz & Sánchez, 2004).

El hecho que 74% de los encuestados refiera que generalmente les falta tiempo en la consulta para el abordaje de estos pacientes, llevaría a pensar la vinculación que tiene este aspecto con lo referido en capítulos previos, sobre la saturación de los ES del PNA y la necesidad de mayor tiempo en la consulta para el abordaje de la problemática emocional de aquellos pacientes que lo requieren. Al respecto, la bibliografía internacional (Agüero, 2016) destaca que este es otro de los factores que obstaculiza la posibilidad de dar una respuesta integral. También podría pensarse, que esta falta de tiempo declarada, estaría manifestando cierta resistencia, más de tipo inconsciente, generada posiblemente por las dificultades referidas previamente en cuanto a las emociones (inseguridad/rechazo) que muchas veces movilizan la atención a la problemática de estos pacientes en la consulta.

5.5. Estilos de relacionamiento con los ESM.

En cuanto a la cantidad y calidad de encuentros y/o intercambios entre los médicos de MFC y los ESM, se observa heterogeneidad en el modo y frecuencia de relacionamiento dependiendo, mayoritariamente, de la realidad singular de cada CS y no tanto de una modalidad de organización pautada por la institución. La mayoría de los encuestados (65%) presenta algún tipo de vinculación con los ESM, pero apenas 6% refiere mantener contactos regularmente. Existe un grupo de médicos (23%) que plantea que nunca se han contactado. Tan solo 12% perciben que hay disponibilidad permanente de parte de los ESM para abordar las consultas derivadas y 60% refieren que algunas veces.

Asimismo, el estudio revela que la mayoría de los médicos (76%) conoce a los integrantes del ESM, 62% coordina acciones para el abordaje de los pacientes que presentan problemática en SM y 35% no lo hace. La mayoría (74%) refiere que, en general, la coordinación realizada con el ESM le ha resultado útil. Manifestándose diferencias en la percepción que experimentan los médicos de la RAP Canelones (considerándola menos útil) que los de la RAP Metropolitana. Sin embargo, aproximadamente 67% valoran a la calidad de la misma como regular.

Del análisis de las entrevistas con los gestores y académicos, se recogió información que fue más crítica en cuanto a la visión del relacionamiento de ambos sectores y permitió comprender algunos de los factores que podrían estar asociados a la modalidad de relacionamiento y coordinación poco frecuente entre el médico de MFC y el ESM. "Para su mejor descripción, se organizaron en tres grandes grupos de problemas, los que se determinan mutuamente: 1) modelo de gestión (doble dependencia administrativa y técnica de los ESM, centralizada fuera de los CS, dificultades dadas por la modalidad de contratación y remuneración diferenciada a favor de los recursos de SM en relación a los demás integrantes de los equipos de salud); 2) modelo de atención (visión fragmentada de los procesos de enfermedad y cuidados, permanencia del modelo basado en el hospital psiquiátrico y el asilo, en donde se concentran la mayor parte de los recursos de SM, prácticas no orientadas al modelo comunitario en SM, insuficiente definición de las "fronteras" entre lo que debe atender y resolver el médico de MFC y lo que es competencia del ESM, manifestado en la ausencia de criterios y pautas de derivación claras) y 3) factores socioculturales (persistencia, por parte de los usuarios y de los funcionarios, de un alto componente de estigma y discriminación con relación a los problemas de SM manifestado a través de la intolerancia social y cultural, valorización de la hiperespecialización y la aplicación de tecnología, en desmedro de la valoración integral que ofrece el médico de MFC; condiciones actuales de vida y modos de existencia que propician el consumo, multiempleo, individualismo, impactando en las subjetividades del equipo y de las personas que consultan, desestimulando el trabajo colectivo).

Estos resultados reflejan los nudos críticos y zonas de tensión que presenta la institución ASSE y la academia, no solo por los obstáculos identificados por los propios actores para la integración de la SM en el PNA, sino para la incorporación de la política de SM en la práctica de los servicios de salud. Los autores Furtado & Campos (2005), sugieren al respecto, la necesidad de considerar las interrelaciones conjugadas entre la subjetividad, los procesos de trabajo y de gestión para poder avanzar hacia un modelo de atención integral en el que se considere el componente SM. Haciendo hincapié en reconocer su especificidad y complejidad para el diseño y definición de la organización y gestión en los sistemas sanitarios.

Como se planteó anteriormente, las investigaciones que fueron base y antecedentes para el presente estudio, (Beltrán, Salleras, Camps, Solanas, Igual & cols., 2001; Gualtero & Turek, 1999; Camps, Grisbert, Gutiérrez & Montilla, 1995) destacan que el papel del PNA y su relación con los ESM es uno de los principales problemas a abordar para dar una respuesta integral a la complejidad de demandas en SM que acceden al PNA en el marco del SNIS. Así como también, su éxito depende de la disposición y mayor conciencia por parte de los gestores de las políticas en salud en cuanto a la necesidad de otorgar mayor tiempo y espacio para que ambos sectores se comuniquen y racionalicen sus estrategias (England & Lester, 2005).

El último ítem del cuestionario investigaba sobre las opiniones de los encuestados con relación a qué aspectos de la coordinación con el ESM entiende le sería de mayor utilidad. La mayoría (72%) declara a favor de los espacios de colaboración y asesoramiento semanal (64%), seguidos de un sector que privilegia la formación continua en temas específicos (46%). Se plantea también, que para fortalecer dicha coordinación y superar las dificultades identificadas para dar una respuesta integral, es necesario mejorar la dotación de los recursos especializados en SM y la utilización de medios/herramientas de comunicación ágiles que habiliten el intercambio periódico. Además, refieren la importancia de difundir, conocer y ampliar la oferta de intervenciones psicoterapéuticas existentes, para dar respuesta a los problemas prevalentes en SM de baja complejidad. Todas estas propuestas de mejoras coinciden con las sugerencias planteadas en el capítulo dos, sobre experiencias desarrolladas en otros países (principalmente España y Reino Unido) para combatir las barreras que existen para dar una respuesta integral en salud. Estas se caracterizaron por implementar, además de espacios de reuniones regulares entre SM y los médicos de cabecera, intervenciones de atención compartida, provisión de psicoterapia a corto plazo para los casos con indicación de ello y disponibilidad de un enlace telefónico (Goldberg, 2003).

Avanzando en el análisis de estos resultados, a la luz de la bibliografía estudiada en cuanto a las experiencias desarrolladas en los países que más han avanzado en modelos de trabajo integrados y colaborativos entre los equipos del PNA y SM (Reino Unido, España, Chile), y

las evaluaciones realizadas sobre ellas (Calderón, Mosquera, Balagué, Retolaza, Bacigalupe & Belaunzaran, 2014; Calderon, Retolaza, Bacigalupe, Payo & Grandes, 2009;) se ratifica lo referido en cuanto a que aún sigue existiendo un alto grado de incertidumbre a nivel de los gestores sobre cómo deben organizarse los distintos componentes de la red de atención y cuáles son las prácticas más efectivas para dar respuesta a las personas que consultan problemas de SM. Esta incertidumbre conduce a un exceso de variabilidad en la práctica clínica, influenciada por dinámicas organizacionales estrechamente relacionadas con las características y el grado de desarrollo de cada sistema de salud.

En lo que sí habría consenso, es que la colaboración recíproca entre los servicios de medicina general y los servicios de SM ha permitido actuar de manera más efectiva considerando a las necesidades de las personas con trastornos mentales en la comunidad. Este escenario introduce la necesidad de promover el diseño e implementación de sistemas de evaluación de la oferta y del impacto que esta tiene sobre las personas que han consultado en el PNA, considerando sus percepciones y opiniones al respecto.

5.6. Limitaciones del estudio:

Este estudio se basó en la aplicación de un **cuestionario** a médicos del PNA y **entrevistas** a informantes calificados, cuyo objetivo fue conocer la integración de la SM en el PNA a través del conocimiento sobre la formación de los médicos de MFC en este componente. Luego del análisis de los resultados obtenidos a través de ambas herramientas, se observaron una serie de limitantes que interfirieron en el análisis más profundo en determinadas áreas.

En cuanto a las **entrevistas** realizadas, especialmente con los gestores de la institución en la que se realizó el estudio, el hecho que la investigadora tuviera un vínculo laboral de 28 años, por un lado, permitió tener un conocimiento profundo y global del objeto de estudio. Por otro lado, esto supone determinando grado de implicancia que obstaculizó la profundización en algunas áreas específicas de ciertas temáticas. Reconociendo que en todo proceso de investigación se dan niveles de implicancia y subjetividades que determinan la imposibilidad de separar al objeto de estudio del sujeto que investiga, cabe reconocer que algunas de las respuestas obtenidas en las entrevistas pueden estar sesgadas por el conocimiento previo con alguno de los informantes calificados de ASSE.

Otro aspecto que se detectó en cuanto a la selección de los informantes calificados, fue la omisión de haber sumado al grupo seleccionado, informantes representantes del Ministerio de Salud para el cambio de modelo (referente de RRHH en Salud y el responsable de la Capacitación para el cambio de modelo de atención), en tanto se podría haber profundizado

en información sobre cuáles fueron y aún son las líneas y estrategias del órgano rector de la salud en la materia, en el marco del SNIS.

Otro aspecto referido a las limitaciones, dadas por la selección de los informantes calificados, pero que es importante mencionar, es la situación de dos de los entrevistados, cuya inserción institucional condensaba a las dos estructuras seleccionadas. Es decir, tenían una doble inserción (ocupaban cargos de dirección ASSE y también pertenecían al cuerpo docente del Departamento de MFC de la Facultad de Medicina). Esta característica, seguramente haya generado ciertas distorsiones a la hora de velar por la objetividad de las respuestas, o haya sesgado, en el transcurso de las entrevistas, declaraciones, pensamientos y concepciones donde se condensaron tanto consideraciones institucionales en la órbita asistencial y como académica. Estas fronteras difusas, plantearían algunas reflexiones a tener en cuenta a futuro, como ser el hecho de la superposición de campos (académico, ideológico y político de gestión) y si ello obtura o no procesos de cambio necesarios; requiriendo la independencia en el terreno de lo político y la producción de conocimiento académico para una complementación exitosa que redunde en el beneficio de las necesidades poblacionales y en este caso en particular, para aquellos pacientes con problemas de SM, entre otras.

Las limitantes encontradas en el **Cuestionario** se refieren a la presentación de algunos de los ítems en los que se ofrecieron opciones de respuestas predeterminadas, en las que se detectaron ciertas ambigüedades y omisiones. Por ejemplo, en la dimensión que releva la Formación específica en salud mental (4), para el caso de la valoración de la formación médica continua en el tema, ítem 4.3, se omitió indagar sobre la evaluación que realizaban de la misma, como se hizo para las etapas de grado y posgrado.

En la dimensión sobre Característica de las consultas (5), en el ítem 5.5 (¿Cómo calificaría el abordaje que realiza con los pacientes?), las opciones de respuesta predeterminadas ofrecidas no fueron las más ilustrativas de la diversidad de abordajes que se presentan en el PNA:

- ✓ sólo tratamiento farmacológico
- ✓ tratamiento farmacológico y apoyo psicológico
- ✓ solo apoyo psicológico y seguimiento
- ✓ solo entrevista clínica

Y para el caso específico de la opción entrevista clínica - conlleva a un error de concepto y de redundancia, en tanto todas las evaluaciones se realizan a través de la misma. Así como también hubiera sido conveniente, profundizar sobre las opciones “apoyo psicológico”, en cuanto a indagar más específicamente a qué se estaba haciendo referencia.

A pesar de que el cuestionario estuvo sujeto a una previa revisión, a través de la aplicación de un piloto, para identificar problemas de comprensión, luego del cual se realizaron los ajustes necesarios para su posterior aplicación, en caso de que sea utilizado como referencia para investigaciones futuras, sería importante se consideraran las limitaciones mencionadas.

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

- Los resultados alcanzados en el presente trabajo muestran, en términos generales, que Uruguay, ha avanzado en la transformación de su sistema sanitario a través de la implementación del SNIS, que lleva más de 10 años de desarrollo.
- El mismo presenta un importante direccionamiento a priorizar el PNA, enfocado en la aplicación de la estrategia de APS. Sin embargo, las transformaciones se visualizan especialmente en el sector público de salud, por lo que aún resta un largo camino por recorrer en lo que respecta a fortalecer las condiciones para dar una respuesta integral. Ello requeriría consolidar algunos aspectos referidos al cambio de modelo de atención y de gestión, así como también fortalecer el rol del Ministerio de Salud como órgano rector y evaluador de las políticas sanitarias.
- Se observaron similitudes y diferencias con la realidad descrita a nivel internacional y sobre todo regional, en el desarrollo e implementación de la integración de la SM en el PNA y la formación en SM la misma en los médicos de MFC. Existen barreras conceptuales, institucionales y culturales que se manifiestan tanto en los niveles de gestión institucional, las estructuras académicas y de enseñanza y en la sociedad en general, que dificultan el abordaje integral por parte de los ES, a través del diagnóstico oportuno y la atención de calidad a las personas que consultan por problemas de SM en las RAPs de la Región Sur de ASSE.
- Del perfil de los médicos de MFC encuestados que cumplen funciones en el PNA de ASSE, se resalta la existencia de distintos niveles de formación y competencias diversas, determinadas por: a) las condiciones contractuales de la institución, b) historia del reconocimiento de la especialidad en el país, c) la existencia de dos instituciones formadoras en el área con diferentes niveles de exigencias, observándose diferencias en los requerimientos que hay en otros países, en tanto la especialidad es obligatoria para asumir la función en el ámbito público.

- De la formación en SM de los médicos de MFC, se observa que, si bien dicho componente se brinda en la formación de grado, posgrado y, en menor medida, en la formación continua, la evaluación que realizan sobre la calidad del mismo es regular e insuficiente para la mayoría de los periodos de formación, siendo el período de grado el más crítico y con más necesidad de revisión. De la bibliografía estudiada se destaca la importancia que dicho momento tiene, ya que es cuando se construyen habilidades más duraderas que favorecen prevenir actitudes negativas y estigmatizantes ante las problemáticas de SM. Se plantea la necesidad de desarrollar y potenciar la actitud favorable y habilidades comunicacionales en los estudiantes para entablar un vínculo de confianza, reducir el estigma y la discriminación hacia la problemática en SM, y así promover mejores condiciones para favorecer las prácticas integrales en los procesos de salud-enfermedad-atención.
- En cuanto a la formación en SM en el periodo de posgrado y educación continua, se observa una escasa colaboración multidisciplinaria e interinstitucional (entre las diferentes Facultades abocadas a la formación de profesionales en el campo de la salud y SM) en el personal docente de la formación. Considerando la referencia de experiencias en otros países a nivel internacional, se sugiere que las Universidades y autoridades sanitarias faciliten el trabajo integrado y propicien mejores condiciones para un abordaje integral a través de espacios para la educación/formación interprofesional, que permita a los ES aprender sobre los entornos y fortalezas de los demás, y a su vez, fomentar una cultura de colaboración y trabajo interdisciplinario, respeto mutuo y el entusiasmo por el trabajo conjunto.
- Lo motivos de consultas por problemas de SM en el PNA de la Región Sur coinciden con la tendencia referida a nivel internacional, siendo los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo los de mayor incidencia, seguidos por problemas de insomnio y uso problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la calidad de la formación en SM debilitaría una correcta detección de los mismos y una efectiva derivación a los ESM.
- Los criterios que utilizan para derivar estos pacientes al ESM, son en algunos casos calificados como graves y/o de complejidad, seguidas de aquellos que presentan mala evolución, son muy pocos los médicos refieren que derivan a especialista por falta de conocimiento y cuando entablan una mala relación con el paciente.
- En cuanto al vínculo que entablan con dichos pacientes, la mayoría manifiesta interés y motivación en las consultas, así como también perciben que realizan un buen manejo de

las mismas y 50% declararon que a veces no lo realizan (tienen un buen manejo). Sin embargo, un alto porcentaje (74%) de médicos de MFC refiere sentir incomodidad o inseguridad en la consulta y casi la mitad de ellos (46%) reconocen que a veces sienten rechazo. Este debería ser un aspecto a rever en la formación, ya que es un elemento clave para un adecuado abordaje y efectiva resolución de la consulta, con un fuerte contenido cultural de base, que obturaría el adecuado funcionamiento con el paciente, con el ESM y con el sistema de salud en general.

- En cuanto a conocer a los integrantes del ESM, un importante porcentaje (76%) refiere conocerlos. Más de la mitad de los médicos encuestados (65%) declara coordinar acciones en alguna oportunidad, declarando que la misma le ha resultado algunas veces de utilidad. Un pequeño porcentaje (12%) percibe disponibilidad de parte de los ESM para abordar las consultas derivadas. Este es otro de los aspectos que debería poderse repensar para mejorar el flujo de las demandas y derivaciones de los pacientes, así como también, fortalecer la formación de los médicos de MFC del PNA.

- Acerca de las sugerencias realizadas para mejorar el relacionamiento con los ESM, se sugirieron espacios de colaboración y asesoramiento de carácter semanal, formación continua en temas específicos de SM y fortalecimiento de la coordinación para superar las dificultades identificadas. También se destacó mejorar la dotación de los recursos especializados en SM y la utilización de medios/herramientas de comunicación ágiles que habiliten el intercambio periódico. Refieren, además, la importancia de difundir, conocer y ampliar la oferta de intervenciones psicoterapéuticas existentes, para dar respuesta a los problemas prevalentes en SM de baja complejidad.

- En cuanto al área de la gestión se destaca que:
 - 1) la existencia de controversias y distintas posiciones acerca de la forma en cómo organizar los recursos de salud y SM, así como la modalidad de relacionamiento entre los diferentes componentes de la red de salud para dar una respuesta a las problemáticas de SM desde un enfoque de DDHH, se deba a ciertas interferencias (desfasaje y demora para la actualización de la reglamentación en la materia de políticas de SM en el SNIS) que favorecieran los procesos de mejora de la integración genuina del componente SM en la salud general beneficiando a toda la población. En consonancia con los estudios internacionales sería fundamental que las autoridades sanitarias y académicas, consideren y reconozcan la implementación de un abordaje integral, lo cual exige tomar conciencia de su especificidad y complejidad desde el punto de vista organizativo. Esto implica profundizar en:

- a) la definición de que recursos (humanos y materiales) son necesarios y como se pueden utilizar para favorecer la respuesta integral;
- b) establecer estándares clínicos y modelos de organización claros sobre como los servicios del PNA deben abordar, específicamente, los problemas de SM de alta incidencia;
- c) que dichos estándares, se expliciten a través de normas nacionales para el abordaje de grupos específicos.

2) Son múltiples los factores descritos a nivel de ASSE que se resaltan como posibles obstáculos y barreras para la integración de la SM en el PNA, a saber:

- a) la modalidad organizativa (administrativa y técnica) escindida, caracterizada por dobles dependencias jerárquicas y modalidad de contratación diferencial de los recursos en SM en relación a los de salud general;
- b) modelo de atención preponderantemente hospitalocentrico y fragmentado, concentrando la mayor dotación de recursos especializados en SM en estructuras cerradas monovalentes (Hospital Psiquiátrico y el Asilo) y,
- c) la presencia de un alto componente de estigma y discriminación en los servicios que no habilitan a una visión integrada que favorezca la respuesta integral y oportuna en SM en el PNA.

3) La doble inserción institucional de algunos integrantes (con cargos en ASSE y en el Departamento de MFC de la Facultad de Medicina) podría generar ciertas confusiones en la implementación y organización de: a) las redes de salud, b) sus equipos básicos y c) los recursos humanos que los componen. Esta superposición de planos (gestión y académico), que también podrían pensarse como fronteras difusas, podría revisarse y tener en cuenta a futuro en tanto restarían claridad y capacidad organizativa a la gestión, en tanto la mezcla de lo académico, lo ideológico y las políticas de gestión puede obturar el proceso de cambio de modelo propuesto en el SNIS. A su vez, es indispensable una independencia entre las políticas sanitarias y la producción de conocimiento académico para una complementación exitosa que redunde en el beneficio de las necesidades poblacionales y en este caso en particular, para aquellos pacientes con problemas de SM, entre otras. La bibliografía y las experiencias internacionales destacan una división de campos clara en la cual, el trabajo colaborativo multiprofesional se hace indispensable para la transparencia, eficiencia y eficacia de los procesos de transformación.

Se entiende que actualmente se está en un momento propicio y se abre una gran oportunidad para profundizar en un sistema sanitario que sea congruente con la definición de integralidad, en tanto conlleva a repensar la interdisciplina y la integración, en términos de condición de posibilidad para la APS como estrategia necesaria para fortalecer las reformas del modelo de atención en SM.

Como bien lo planteó Galende (1997), hace ya dos décadas y sigue vigente, “(...) *Asistimos a la conformación de un nuevo escenario de la salud mental que obliga a redefinir las relaciones con el sector salud ya que esta orientación hizo que desbordaran las antiguas relaciones con la medicina y obliga a reconceptualizar las nuevas interacciones con otros sectores e instituciones (...)*”. (pp.265)

Referencias bibliográficas

- Abrantes, R., & Almeida, C. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad.Saúde Pública*, 18(4), 971–989. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400006>
- Acosta, N., Pollard, J., Vega, R., & Labonté, R. (2011). Atención Primaria Integral en Salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas, 27(10), 1875–1890.
- Acuña, C. & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso de la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Documento Técnico, Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, Washington D.C
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2017). Plan de Acción 2017-2018. Documento de circulación interna.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2017). Informe Región Sur de ASSE. Consejo de Ministros 23 y 24 de abril 2017. Documento de circulación interna.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2014). ASSE en cifras. El principal prestador público de salud del Uruguay. Hacia una nueva dinámica institucional 2010-2014, 29-45.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2013) Identidad y convivencia Intercambio de experiencias en salud mental. Montevideo: Psicolibros Universitario; 192pp
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2017). Plan de Acción 2017-2018. Documento de circulación interna.
- Alarcon, R. D., Suarez-Richards, M., & Sarabia, S. (2014). Educación psiquiátrica y componentes culturales en la formación del médico: perspectivas latinoamericanas. *Revista Peruana Med Exp Salud Publica*, 31(3), 557–565. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634201400030002
- Alemán, A., Alegretti, M., Cavalleri, F., Colistro, V., Colomar, M., & Zitko, P. (2010). Estudio de carga global de enfermedad de Uruguay para el año 2010. Ministerio de Salud Pública, 70. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>
- Almeida-Filho N., & Silva Paim J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*; 75: 5-30.
- Almeida-Filho, N. (2013). Towards a unified theory of health-disease: I. *Health as a complex model-object*. *Revista de Saude Publica*, 47(3), 433–450.

- Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004680>
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*, Madrid: Fundamentos.
- Aguero, M. (2016). *Salud Mental y Atención Primaria: Reflexiones sobre una Tecnología del Nosotros*. (pp. 1–9). Barcelona.
- Andrews, G. & Henderson, S. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Wayne Hall. Australian and N. Zealand Journal of Psychiatry*. 34(2), 197-205.
- Recuperado de: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2000.00686>
- Arduino, M., & Gines, Á. (2013). Cien años de la colonia Etchepare. *Rev Psiquiatría del Uruguay*, 77(1), 59–67. Recuperado de:
https://doi.org/http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/07_ASM_01.pdf
- Arrillaga, M., Sarasqueta, C., Ruiz, M., & Sánchez, A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental, 33(9), 491–496. Recuperado de:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300022
- Augsburger, A. C. (2004). La Inclusión del Sufrimiento Psíquico: Un desafío para la epidemiología, 16(2), 71–80. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>
- Bang, C. & Stolkner, A. S (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y tecnología*, 46.
- Basch, M. (1983). Empathic Understanding: A Review of the Concept and Some Theoretical Considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101–126. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/000306518303100104>
- Bass del Campo, C. (2012). Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave*, 12(11). Recuperado en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.5571>
- Bayés, R. (2006) - *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(2), 132–143. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779009>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. de D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de

- Chile. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), 132--143. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es.
- Beltrán, M., Salleras, N., Camps García, C., Solanas, P., Igual, E. & García-Oria, M. (2001). Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*, 28(1), 39–45. Recuperado en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78893-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78893-2)
- Berlinck, M. T. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: Perspectivas y problemas. *Salud Mental*, 32(4), 265–267
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodicepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis*, 27(4), 933–958. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400005>
- Boerma, W. (2003). Profiles of General Practice in Europe An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht. Recuperado de: <http://www.nivel.nl>
- Brazeau, C., Rovi, S., Yick, C., & Johnson, M. S. (2005). Collaboration Between Mental Health Professionals and Family Physicians: A Survey of New Jersey Family Physicians. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 7). Recuperado de: <https://europepmc.org/abstract/pmc/pmc1076445>
- Brody E. (2004). The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 54-5.
- Caldas de Almeida, J.M. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18, 314-326.
- Calderón, C., Mosquera, I., Balagué, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Belaunzaran, J., & García, B. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 113–133. Recuperado de: <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000100008>
- Calderón, C., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Payo, J., & Grandes, G. (2009). Médicos de

- familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Atención Primaria*, 41(1), 33–40. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.04.003>
- Camps García C., Grisbert, C., Gutiérrez & R., Montilla, J. (1995). Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 217-222
- Casado, V. (2018). La Historia de la Medicina Familia en los últimos 50. Perspectiva mundial y europea. *Actualización En Medicina de Familia (AMF)*, 14(2), 79–86. Recuperado en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192
- Casanova, C., & Starfield, B. (1995). Hospitalizations of Children and Access to Primary Care: A Cross-National Comparison. *International Journal of Health Services*, 25(2), 283–294. Recuperado en: <https://doi.org/10.2190/PCF7-ALX9-6CN3-7X9G>
- Cea D'Ancona, M. (1996). Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.
- Ciriacos, C., Pietrafesa, D., Pérez, M., & Cousté, N. (2006). Trabajo Original Historia de la Medicina Familiar en Uruguay. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* (Vol. 9). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062g.pdf>
- Ciurana, R. (2009). La coordinación con los servicios de salud mental. Un tema pendiente, manifiestamente mejorable. *Atención Primaria*, 41(3), 157–158. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.011>
- Conill, E. M., Fausto, M. C. R., & Giovanella, L. (2010). Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(Suppl. 1), 14-27. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>
- Corser, S. R. (1977). Community mental health care: a model based on the primary care team. *British Medical Journal*, 936-938.
- Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., & Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*. Recuperado en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Chile. Ministerio de Salud (2009). *Estudio de Brechas de Oferta y Demandas de Médicos Especialistas en Chile*. Colaboración Técnica, Banco Mundial. Santiago. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/824501468010509985/pdf/706500WP0SPANI0I000Cuerpo0Principal.pdf>

- Chile. Ministerio de Salud (2010). Estudio de Brechas de Oferta y Demandas de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración Técnica, Banco Mundial, Gobierno de Chile. Santiago: Autor
- Deslandes, S.F & Assis, S.G (2002). Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o dialogo das diferenças. Em: Minayo, M.C. & Deslandes, S.F., (org). Caminhos do pensamento: epistemologias e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 195-226.
- Desviat, M., & Ana, M. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>
- Dimenstein, M., Fernandez dos Santos, Y., Brito, M., Kalliny Severo, A., & Morais, C. (2005). Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde de Família. *Mental. Revista de Saude Mental e Subjetividade de UNIPAC*, III (5), 33–42.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. Cali, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a03.pdf>
- Dooslaer E., Koolman, X. & Puffer, F. (2002). Equity in the use of physician visits in Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: OECD. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: pp. 222-48
- Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (2013). Tercera Encuesta. Montevideo, Uruguay. Recuperado en: <http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/45835/1/informe-tercera-enaj-final.pdf>
- England, E. & Lester, H. (2005). Integrated mental health services in England: a policy paradox? *International Journal of Integrated Care International Journal of Integrated Care*, 5(3), 1568–4156. Recuperado de: <http://www.ijic.org/>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). Mental health financing in Chile: a pending debt. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Escuela Andaluza de Salud Pública (2016). Estrategia para la renovación de la Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. EASP. Recuperado en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2016/06/EASP_Renovac_AP_v10.pdf
- Escuela Andaluza de Salud Pública & ASSE (2017). Fortalecimiento de la

- Resolutividad del Primer Nivel de Atención de ASSE. Plan de Acción para Fortalecer la Capacidad de Resolución de la Región Sur de ASSE. Documento de manejo interno.
- Escorel, S., Giovanella, L., Magalhães De Mendonça, M., & De Castro Maia, M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panamericana de Salud Publica*, 21(2), 164–176
Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7882/11>.
- Fleury, S. (2007). Salud y Democracia en Brasil Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 2(3), 147–157.
- Fleming, D., McCormick, A., & Charlton, J. (1996). The capture of socioeconomic data in general practice. *British Journal of General Practice*, 46(405), 217–220.
- Furtado, J., & Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 1(VIII), 109–122.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n1/1415-4714-rlpf-8-1-0109.pdf>
- Funk, M., Ivbijaro, G., B., Freeman, M., Epping-Jordan, J. & Faydi, E. (2008) *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Singapore: WHO Press,
- Galende, E. (1997). *De un Horizonte Incierto*. Buenos Aires: Paidós.
- Garrido-Elustondo, S., Reneses, B., Navalón, A., Martín, O., Ramos, I. & Fuentes, M. (2016). Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. *Atención Primaria*, 48(7), 449–457.
Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.009>
- Garrido, G. & Romano, S. (2004). Primeras Jornadas de los Equipos Comunitarios del Programa de Salud Mental del MSP Montevideo y Area Metropolitana. En G. Garrido, *Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento* (pág. 160). Montevideo: GEGA.
- Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1785–1794. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2005.03.038>
- Gask, L. (2007). *The European Journal of Psychiatry* (Vol. 21). Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632007000100003
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, C., & Roland, M. (2003). Qualitative study of

- patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 53, 278–283. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314569/pdf/12879827.pdf>
- Gask, L., Rogers, A., Campbell, S., & Sheaff, R. (2008). Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Services Research*, 8(1), 63. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-63>
- Gérvas, J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 30(5), 245–257. Recuperado en: [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(04\)74308-7](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(04)74308-7)
- Gérvas, J., & Rico, A. (2005). La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen*, 31(9), 418–423. Recuperado en: [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72961-0](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72961-0)
- Gérvas, J., Rico, A., & Fleury, S. (2007). Salud y Democracia en Brasil Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 2(3), 147–157.
- Gérvas, J., Starfield, B., Minué, S., Violan, C., Abarca, B., Alberquilla, A. & Vicente, A. (2007). Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. *Atención Primaria*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13112199>
- Gines, A., Porciúncula, H., & Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129–150. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Giovanella, L., Fidelis de Almeida, P., Vega, R., Oliveira, S., & Tejerina, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39(105), 300–322. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
- Giovanella, L., & Fidelis De Almeida, P. (2017). Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cuadernos de Saúde Pública*, 33(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>
- Goldberg, D.P. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock. London.
- Goldberg, D. P., Jenkins, L., Millar, T., & Faragher, E. B. (1993). The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological Medicine*, 23(01), 185.

- Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S0033291700038976>
- Goldberg D. (2003). Psychiatry and primary care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(3), 153-7.
- González Uzcátegui, R. & Levav I. (1991). Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Grau, J., Llantá, M.J., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O, Romero, T., Barroso, I. & Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, pp. 27-58.
- Gualtero, R., & Turek, L. (1999). Salud Mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(70), 225- 234.
- Homedes N. & Ugalde A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*;71:83-96. 16. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004001174>
- Harding, T., De Arango, M., Baltazar, J., Climent, C., Ibrahim H., Ladrado-Ignacio, L., Murthy, R. & Wig, N.. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*; 19: 231-241. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wig%20NN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7384326.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Naucalpan. MC Graw-Hill. México.
- Hodges, B., Inch, C., & Silver, I. (2001). Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review. *American Journal Psychiatry*, 158, 1579–1586. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578983>
- Horder, J. (1966). Special vocational training for general practice. [Internet.] Recuperado de: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/42/484/103.full.pdf>
- Hornillos, C., Rodríguez, P., González, F., Fernández A. (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 355-370.
- Huberman, A. & Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. En

- Denzin, N.K. y Lincon, Y.S., *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. Pp. 428-444.
- Heath, I. (2012). Love's Labours Lost. Why society is straitjacketing its professionals and how we might release them. *Silversands*. Recuperado de: http://www.internationalfuturesforum.com/u/cms/Iona_Heath_Lecture2012.pdf
- Ivbijaro, G. (2012). The case for change: The Global Mental Health Action Plan 2013 – 2020. *Mental Health in Family Medicine*, 9, 135–136. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622905/pdf/MHFM-09-135.pdf>
- Ivbijaro, G., Patel, V., Chisholm, D., Goldberg, D., Khoja, T., Edwards, T., Enum, Y. & Kolkiewicz, L. (2015) - Informing mental health policies and services in the EMR: cost-effective deployment of human resources to deliver integrated community-based care. *Eastern Mediterranean Health Journal*., 21(7), 412. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255241/EMHJ_2015_21_7_486_492.pdf
- Jones, J., Sosa, A. & Vignolo, J. (2008). Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. *Cuadernos del CES*. N° 3, pp. 89-105. Recuperado de: <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/>
- Katon, W., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T. & Walker, E. (2002). Long-term Effects of a Collaborative Care Intervention in Persistently Depressed Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 741–748. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495114/>
- Katon, W. & Unutzer, J. (2006) Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. *Archives of Internal Medicine*, 66, 2304–2306.
- Katzelnick, D., Von Korff, M., Chung, H., Lloyd, E., & Wagner, H. (2005) Applying depression-specific change concepts in a collaborative breakthrough series. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31, 386–397.)
- Kekki, P. (2004). Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO
- Kemayd, A. (2007). Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención. *Atención Primaria*, 39(8), 443–445. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13108620>
- Knapp, M., Mcdaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica Líneas futuras en salud mental. (M. de S. y Consumo, Ed.). Barcelona: Organización Mundial de la Salud.

- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/pdf/ijic2002-200212.pdf>
- Kohn, R., Levav, I., Caldas De Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panam Salud Publica*, 18(4/5), 229–240.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory The Search for the Self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459–483.
Recuperado de: <http://www.pep-web.org.lib.pepperdine.edu/document.php>
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A. & Wilm, S. (2010). The european primary care monitor: Structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11(1), 81. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2015). Building Primary Care in a Changing Europe (World Heal). Copenhagen: World Health Organization.
- Labonte, R., Sanders, D., Packer, C., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D. et al. (2009). Revitalizing health for all: case studies of the struggle for comprehensive primary health care. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 344. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100002&lng=en&tlng=pt.
- Larrobla, C. (2007) - Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años, *Revista Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 125-134.
- Larrobla, C. & Botega, N. (2000). Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 28(1), 22–30.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M.J., Rodríguez, L., (2017). 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Publicación Colección Art 2 CSIC *Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General*. Universidad de la República. Uruguay.

- Latorre, J., López-Torres, J., Montañés, J., & Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(2), 85–92. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Latorre, J., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J., Mae Wood, C., & Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *BMJ (Online)*, 332(7548), 1030–1032. Recuperado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1030>
- Lindley, P., Halloran, P., & Hoadley, A. (2001). The Capable Practitioner. The Sainsbury Centre for Mental Health for the National Service Framework Workforce Action Team. Recuperado de: <http://helsenet.info/pdf/capable/1.pdf>
- López, M., López, B., Aréchiga, G., Reyes, J. & Alcalá, P. (2001). Cáncer, dolor y paliación. En: G. Aréchiga (Ed.), Dolor y paliación. Recursos en la medicina actual (pp. 151-180). Guadalajara: Ediciones Cuéllar.
- López, C., Serrano, R. M., Valverde, A., Casabella, B., & Mundet, X. (2006). ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotrópicos en atención primaria? *Atención Primaria*, 37(8), 446–451. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13088884>
- Luciano, J., & Serrano, A. (2008). Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Atención Primaria*, 40(12), 631–632. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(08\)75697-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75697-X)
- Macinko, J., de Souza, M., Guanais, F., & da Silva Simões, C. (2007). Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science and Medicine*, 65 (10), 2070-2080. Recuperado de: DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.028
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 831–865. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- Machado, M., & Pereira, S. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria* (Vol. 16). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n1/original10.pdf>

- Miles, M. y Huberman, A.M. (1994). "Data management and analysis methods", en Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Ed.): Handbook of qualitative research. London: Sage Publication, 429-444.
- Minayo, M.C. de S., 2001. Ciencia, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. En: M.C. de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. *Petropolis: Vozes*, pp. 9-15.
- Minoletti, A. (2013). Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 32-45.
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., & Minoletti, M. (2014). Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile (Segundo Informe). Santiago de Chile. Recuperado de: <http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2014/10/OMS-AIMS-2014-informe-sistema-de-salud-mental-en-Chile.pdf>
- Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., & Rayo, X. (2015). Diferencias en percepciones de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 261–269.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4–5), 346–358. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>
- Minué, S. (2016). El error diagnóstico en atención primaria. *Atención Primaria*. 49. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.003>
- Montero, J., Rojas, P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y., & Scharager, J. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Revista Médica de Chile*, (137), 1561–1568.
- Montero, J., Téllez, A., & Herrera, C. (2010). Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Centro de Políticas Públicas Universidad Católica, 5(38). Recuperado de: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp->
- Montoya Aguilar, C. (2008). Médicos en el nivel primario del sistema público de atención de salud de {Chile}: tendencia, distribución geográfica y normas. *Cuadernos Médicos Sociales*. Santiago de Chile, 48(4), 215–225. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-525348>
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental. *Salud Mental*, 35(4), 315–328.
- Murray, C. & Lopez, A. (1996). The Global Burden of Disease. OMS. Recuperado de: <https://doi.org/10.1088/1742-6596/707/1/012025>

- Nigro, I. (2011). Características de la Inserción Laboral de los Médicos Formados en el Postgrado Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de la República. Montevideo.
- Nin, M., Regina, R. & Porciúncula, H. (2004). Implementación y Desarrollo del Programa de Salud Mental en el ámbito del MSP. En G. Garrido, *Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento* (pág. 160). Montevideo: GEGA.
- Nolan, E. & Hewison, A. (2008), Teamwork in primary care mental health: a policy analysis. *Journal of Nursing Management*, 16: 649-661. doi:[10.1111/j.1365-2934.2007.00766.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00766.x)
- Obiols, J., & Stolkiner, A. (2012). Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con vih/sida. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XXIII(45), 61–80. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978, 91. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400003>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Mejora de la calidad de la salud mental*. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Sup11>
- Organización Mundial de la Salud ((2005). Mental Health: Facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://doi.org/10.1117/12.2291979>

- Organización Mundial de la Salud (2006). Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental. Ginebra: OMS. Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. (Informe sobre la salud en el mundo 2008). Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2008). *MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental Mejora y Ampliación de la Atención de los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Abuso de Sustancias*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de Médicos de Familia [Wonca] (2008). *Integrando la salud mental en la atención primaria: Una perspectiva mundial*. Ginebra: OMS/WONCA
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. Washington, D.C: OMS. Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Novena Conferencia mundial de la salud. Shanghai: OMS. Recuperado de:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas. Venezuela: OPS. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2005) Declaración de Montevideo.
Conferencia Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. 46 Consejo Directivo, 57a. Sesión del Comité Regional. Montevideo: OPS Recuperado de: <https://www.paho.org/paho->
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud., Washington DC: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Renovación de la atención primaria de*

- salud en las Américas*: documento de posición Washington, D.C: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas*. (Vol. 1). Washington, D.C: OPS. Recuperado de:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental*. Washington, D.C.: OPS
- Padula, M. (2013). Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Ibero Americana de Medicina Familiar (CIMF) *Salud Familiar en las Américas Medwave*;13(1): 1-5. Recuperado de:
<https://www.researchgate.net/publication/279450382>
- Pathare, S., Brazinova, A., & Levav, I. (2018). Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (Vol. 27). Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S2045796018000100>
- Pérez Terán, N. (2016). Opiniones sobre la práctica clínica psiquiátrica en centros comunitarios de salud mental y en centros de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en Chile. Universidade Nova de Lisboa, Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado de: https://run.unl.pt/bitstream/10362/18548/1/Perez_Teran_Nelson_TM_2016.pdf
- Piñeiro, M., Trillo, J. (2011). Integración de psicólogos a los equipos de área. En: E. Levcovitz, G. Antoniol, D. Sánchez, M. Fernández Galeano (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo, OPS.
- Ponzo, J. (2013). Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. *Salud Familiar en Las Américas*, 13(01), e5615.
<https://doi.org/10.5867/medwave.2013.01.5615>
- Rico, A., Saltman, R. & Boerma, W. (2003). Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administ*, 37, 592-608. recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00360>
- Risco, M. (2003) – Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (PIC) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(85), 125-135.
- Roca, M., Gili, M., García, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J. & Comas, A.

- (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorder*;119(1-3):52-8. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270900127>
- Rodríguez, C., Cebrià, J., Corbella, S., Segura, J., & Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *MEDIFAM* (Vol. 13). Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n3/original1.pdf>
- Román, O., Pineda, S. & Señoret, M. (2007). Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Revista médica de Chile*, 135(9), 1209-1215.
Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000900018>
- Romano, S. (2016). Debate sobre salud mental, desafío y oportunidad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), pp.:9 - 10. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/01_Editorial.pdf
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C. & Frontera, G. (2007). El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 135-152.
- Romano, S., Porteiro, F., Novoa, G., López Mesa, G., Barrios, M. C., & García, M. (2018). Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1), 22–42.
Recuperado de
http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf
- Rubinstein, A. (2011). El médico de Atención Primaria como Gatekeeper: ¿Marcus Welby o Joseph Mengele? Recuperado de:
<http://www.fundacionmf.org.ar/files/editorial%20gatekeeper.pdf>
- Roudinesco, E. (2004). *La familia en desorden*. Barcelona: Anagrama
- Rudolf, S. Bagnato, M., Güida, C., Rodríguez, A., Ramos, F., Suárez, Z. & Arias, A. (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la Satisfacción con la Atención Psicológica en el Primer Nivel de Atención basado en el autoreporte de los usuarios*. Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UdelaR, Montevideo. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/>

- Saforcada, E. (2006). Sobre la necesidad de humanizar las políticas públicas: el papel de la psicología. En M. A. Martín De Lellis, *Psicología y políticas públicas de salud* (págs. 77-93). Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires: Paidós.
- Salazar, J., & Sempere, E. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Valencia. Recuperado de:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Malestareemocionalmanualpractico.pdf>
- Sampaio, J., & Carneiro, C. (2006). Rede de atenção integral à saúde mental de sobral- ce: planejamento, supervisão e reflexões críticas. *Sanare*, 6(2), 7–25. Recuperado de: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/149>
- Sanromà, M., Aragonés, E, Eichelbaum, D. & Pascual, P. (2009). Medicina de Familia y Salud Mental. *Atención Primaria*; 41:427-8, Barcelona,
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá.
- Seixas, C.; Elias, M.Emerson; Staevie, R., Slomp, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva* [online]. 12(1), pp. 113-123. Recuperado de: <<https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
- Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2829–2840. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000600021>
- Speranza, N., Dominguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M., & Tamosiunas, G. (2015). La Revista médica del Uruguay. *Revista Médica del Uruguay* (Vol. 31). Sindicato Médico del Uruguay.
Recuperado de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-0390201500020000
- Starfield, B. (2002). *Atencao Primaria. Equilibrio entre necessidades de saúde, servicos e tecnologia*. (UNESCO, Ed.). Brasilia.
- Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., De Maeseneer, J. M., Hjortdahl, P., &

- Sarria-Santamera, A. (2004). Primary health care and responsibilities of public health in 6 countries of Europe and North America: a pilot study. *Revista Espanola de Salud Publica*, 78(1), 17–26.
Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272004000100003>
- Stolkiner, A. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Teixeira, R. R. (2004). A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 35–72. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100004>
- Teixeira, R. (2005). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 585–597. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300016>
- Teixeira, R. (2009). Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Supl. 1), 785-789. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500030>
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R. & Duffy, R. (2008) Mejorando el acceso a terapias psicológica: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-280
- Universidad de la República. Escuela de Graduados, (2003). Departamento de Docencia en Comunidad, UdelaR. Recuperado de: <http://www.egradu.fmed.edu.uy/programa-postgrados>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2005). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*, Muñoz, M.J.; Fernández G., M.; Olesker, D.; Basso, J. Montevideo: Autor
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo. Autor. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/salud-mental>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2005). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*, Muñoz, M.J.; Fernández G., M.; Olesker, D.; Basso, J. Montevideo: Autor.
Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&ca
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2007). La Construcción del Sistema Nacional

- Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo, Uruguay. Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2010). Carga Global de Enfermedades (CGE)
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2017). *A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Jornadas de Intercambio. Montevideo. Recuperado de:
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=document&slug=publicacion-10-anos-snis-final-web
- Uruguay. Poder legislativo. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo, Uruguay. 5 de diciembre de 2007, Recuperado de
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp>
- Vázquez-Barquero, J., Williams, P., Díez-Manrique, J. & Peña, C. (1990). Mental health and mental consultation in primary care settings. *Psychological Medicine*; 20: 681-694.
- Villalva, E. & Caballero, L. (2006). Estudio sobre el uso del tratamiento con antidepressivos realizados por los médicos de atención primaria. *SEMERGEN* ;32(9):427-432.
- Varga, B., & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>
- Vorcaro, C., Lima-Costa, M., Barreto, S. & Uchoa, E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: The Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104:257-63.
- Web Atuservicio.uy. Accedido el 22/07/2017. Recuperado de: <https://atuservicio.msp.gub.uy/>
- Weisberg R., Dyck I., Culpepper L. & Keller, M. (2007). Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 164,276-82.
- Wing, J., Cooper, J. & Sartorius, N. (1974). The measurement and classification of psychiatric symptoms. Londres; Cambridge University Press

ANEXO 1.-

CUESTIONARIO para médicos de Medicina Familiar y Comunitaria del 1^{er} Nivel de Atención

Este cuestionario tiene por objetivo recabar información acerca de la formación general y específica en relación al abordaje de los problemas de Salud Mental de los médicos de MFC del 1er Nivel de Atención de la Región Sur de ASSE. Se enmarca en un proyecto de investigación que tiene como objetivo analizar la integración del componente de SM en el primer nivel de atención. Será un insumo para implementar mejoras en el proceso asistencial de los usuarios que consultan. Es de carácter voluntario y confidencial.

¡Muchas gracias por participar!

1. DATOS PERSONALES		
1.1. Fecha de nacimiento:/...../.....	1.2. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	1.3. Fecha llenado del formulario:/...../.....
2. FORMACIÓN		
2.1. Grado 2.1.1. Título obtenido: _____ _____ 2.1.2 Año de obtención: _____ 2.1.3. Institución que expidió el título: _____ _____	2.2. Postgrado 2.2.1. Especialidad: a) Si <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/> 2.2.2. En caso afirmativo especificar cuál (Hasta 2): _____ 2.2.3. ¿Cursa actualmente? a) Si <input type="checkbox"/> Año: _____ b) No <input type="checkbox"/> 2.2.4. ¿Es residente? a) Si <input type="checkbox"/> Especificar: R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/> 2.2.5. Año de obtención del título: _____ 2.2.6. Institución que expidió título: _____	
3. ÁREA LABORAL		
3.1. Cargo que desempeña en ASSE: a) Efectivo <input type="checkbox"/> b) Interino <input type="checkbox"/> c) Contratado <input type="checkbox"/> d) UDA <input type="checkbox"/> 3.2 Carga horaria/sem: _____		
3.3. Otros empleos: a) Si <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/> 3.4. En caso afirmativo, carga horaria total/sem: _____		
3.5. Lugar de trabajo: a) Centro de Salud: <input type="checkbox"/> b) Policlínica: <input type="checkbox"/> c) Hospital: <input type="checkbox"/> d) Ciudad / Barrio: _____		
3.6 Años de Experiencia en 1er Nivel en ASSE: a) de 1 a 4 <input type="checkbox"/> b) de 5 a 9 <input type="checkbox"/> c) de 10 a 14 <input type="checkbox"/> d) 15 o más <input type="checkbox"/>		
4. FORMACIÓN ESPECÍFICA EN SALUD MENTAL (SM)		
4.1 ¿Ha tenido formación en SM a lo largo de su carrera de <u>grado</u> ? a) Si <input type="checkbox"/> a.1) ¿Cómo la evalúa?: Insuficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/>		
4.2 ¿Ha tenido formación en SM a lo largo de su carrera de <u>posgrado</u> ? a) Si <input type="checkbox"/> a.1) ¿Cómo la evalúa?: Insuficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/>		
4.3 ¿Ha realizado cursos de formación en SM en <u>Formación Médica Continua o equivalente</u> ? a) Si <input type="checkbox"/> b) No <input type="checkbox"/> (Pase a la sección 5)		
4.3.1. Tipo de curso/s (hasta 3, recientes): a) Seminario <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Jornada <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Año/s: _____ b) ¿Cuántas hrs/totales duró? 1 a 2 hrs <input type="checkbox"/> 3 hrs <input type="checkbox"/> 4 hrs <input type="checkbox"/> 6 hrs <input type="checkbox"/> 8 hrs <input type="checkbox"/> Más de 10 hrs <input type="checkbox"/> No recuerdo <input type="checkbox"/> c) ¿Hace cuánto tiempo (meses) realizó este curso? menos de 3 <input type="checkbox"/> 3 y 6 <input type="checkbox"/> 6 y 12 <input type="checkbox"/> 12 y 24 <input type="checkbox"/> más de 24 <input type="checkbox"/> d) En Institución: Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		

5. CARACTERÍSTICA DE LA CONSULTAS

5.1. Cantidad de pacientes asistidos/policlínica/día: a) Menos de 20 b) Más de 20

5.2. ¿Qué tipo de problemas de SM se presentan con mayor frecuencia en la consulta?

- a) Insomnio e) Demencias g) Otros: _____
b) Trastornos de ansiedad f) Trastornos de la alimentación
c) Trastornos del estado de ánimo g) Uso Problemático de Sustancias
d) Trastornos somatomorfos h) Ideas de muerte/autoeliminación

5.3. De esos pacientes, cuando decide derivar a atención especializada en SM ¿Qué criterio de derivación utiliza?

- a) No responde a fármacos e) Mala relación médico/paciente
b) Gravedad/cronicidad/complejidad f) Trastornos psicóticos
c) Mala evolución g) Otros (especifique): _____
d) Falta de conocimiento

5.4. ¿Cómo valora usted su propio trabajo con los pacientes de SM?

- a) Muy difícil/muy insatisfactorio b) Regular c) Muy bueno/muy satisfactorio
d) Un poco difícil/insatisfactorio e) Bueno/satisfactorio f) Excelente

5.5. ¿Cómo calificaría el abordaje que realiza con los pacientes de SM que atiende?

- a) Solo tratamiento farmacológico Nunca A veces Casi siempre Siempre
b) Tratamiento farmacológico y apoyo psicológico Nunca A veces Casi siempre Siempre
c) Solo apoyo psicológico y seguimiento Nunca A veces Casi siempre Siempre
d) Solo entrevista clínica Nunca A veces Casi siempre Siempre

5.6. ¿Cómo clasificaría usted su relación con los pacientes con problemática de SM? (Puede marcar más de una opción)

- a) Reacción positiva de interés Nunca A veces Casi siempre Siempre
b) Capacidad positiva de manejo Nunca A veces Casi siempre Siempre
c) Incomodidad/inseguridad Nunca A veces Casi siempre Siempre
d) Capacidad negativa de manejo Nunca A veces Casi siempre Siempre
e) Rechazo Nunca A veces Casi siempre Siempre
f) Falta de tiempo para dedicarle en la consulta Nunca A veces Casi siempre Siempre
g) Otros Nunca A veces Casi siempre Siempre

6. VINCULACIÓN CON EQUIPO DE SALUD MENTAL (ESM)

6.1. ¿Cómo valora la vinculación entre el 1er Nivel de Atención y SM?

- a) Cantidad de contactos con el ESM: Ninguno Algunas veces Siempre
b) Disponibilidad del ESM Ninguna Algunas veces Siempre
c) Utilidad de la coordinación con ESM Ninguna Algunas veces Siempre

6.2. Profesionales del ESM

- a) ¿Conoce a los profesionales del ESM: a) Si b) No c) Algunos d) Otros especifique.....
b) ¿Coordina con los profesionales del ESM: a) Si b) No
c) ¿Cómo es la calidad de la coordinación con el ESM?: Ninguna Regular Buena Muy buena

6.3. ¿Qué aspectos de la coordinación con el ESM entiende que serían más útiles?:

- a) Colaboración/asesoría semanal/intercambio de información
b) Formación continua sobre carencias específicas en la temática Especifique: _____
c) Mayor accesibilidad al profesional del ESM
d) Otros: Especifique: _____

7. OTROS COMENTARIOS QUE DESEA REALIZAR

ANEXO 2a)

Pauta de entrevista a informantes claves ASSE

1. DATOS GENERALES

Nombre:

Fecha de la entrevista:

Cargo:

Lugar de Trabajo:

2. INFORMACION SOBRE LAS LINEAS ESTRATEGIAS DE ASSE Y MODELO DE ATENCION

2.2. Modelo de Atención

¿Cuál es el modelo de atención que se aplica?

¿Se cuenta con un plan de estrategia territorial?

¿Cómo se operativiza?

¿Cuántos EBT existen en la RAP? ¿Cómo están constituidos (en cuanto a las disciplinas intervinientes)? ¿Cuáles fueron los criterios utilizados para su conformación?

2.3. Modelo de Gestión – Modelo de Trabajo

¿Cómo se comunican los lineamientos de trabajo?

¿Cuál es la articulación/coordinación con la estructura de ASSE para la respuesta a la SM con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables?

2.4. Modelo de Atención en Salud Mental

¿Cuál es el modelo de atención en SM que se aplica?

¿Cómo es la respuesta que se ofrece a los problemas de SM?

2.5. Características de la RAP / Centro de Salud ASSE

¿Cuántos Centros de Salud y Policlínicas periféricas tienen?

¿Con cuántos RRHH cuentan en la RAP?

3. REQUERIMIENTOS FORMACION RRHH – PERFIL CARGO MFC

3.1 Requerimiento Formación para la contratación RRHH MFyC

¿Existe un perfil del médico de MFC en los llamados de ASSE?

¿Cuáles son los requerimientos para la contratación, Compromiso funcional y rol del MFC

3.2. Formación específica en SM

¿Cómo valora la formación y/o habilidades en el manejo de los problemas en SM de los médicos de MFC? (Insuficiente, Regular, Buena, Muy buena, Excelente)

¿Se han realizado curso de formación en SM extra formación? (De qué tipo: Formación continua, seminario, taller, jornada, etc.) ¿Hace cuánto tiempo y que carga horaria tuvo?

* ¿ASSE ha estimulado y/o priorizado la capacitación en los temas en SM?

3.3. Necesidades de formación en SM

¿Considera relevante la formación en SM?

¿Qué necesidades de formación en SM considera que serían beneficiosas para el abordaje de los pacientes que consultan?

4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION USUARIA Y LAS CONSULTAS EN 1ER. NIVEL

4.1. Numero población usuaria y consultas

¿Cuántos pacientes aproximadamente consultan en la RAP?

¿Cuáles son las características de la población usuaria en términos de edad, sexo y prevalencia en salud

¿Cuántas consultas reciben y atienden?

4.2. Demanda en SM en el PNA

* ¿Qué tipo de problemáticas en SM son las más frecuentes?,

* ¿Le parece que son pacientes “diferentes” a los otros? ¿Por qué?

* ¿Cuál es el criterio de derivación a especialista de SM?

* ¿Cómo valora usted el trabajo con estos pacientes? (Difícil, insatisfactorio, bueno, etc.)

* ¿Qué tipo de abordaje se realiza? (Farmacológico, apoyo psicológico, seguimiento, etc.)

* ¿Cómo clasificaría la relación con los pacientes con problemas de SM? (De empatía, rechazo, inseguridad, etc.)

* ¿Qué dificultades o barreras encuentra con estos pacientes? (A nivel personal, nivel institucional)

5. Relacionamiento del Equipos del 1er. Nivel con los especialistas de SM (Equipos)

¿Cómo describiría el relacionamiento que hay entre el 1er. Nivel de Atención y el Equipo de SM?

¿Se conocen los integrantes del Equipo de SM y los EBT?

ANEXO 2b)

Dimensiones de pauta de entrevistas a informantes claves academia

6. DATOS GENERALES

Nombre:

Fecha de la entrevista:

Cargo:

Lugar de Trabajo:

7. INFORMACION SOBRE LA ESPECIALIDAD MFYC EN LA UDELAR – FACULTAD DE MEDICINA

2.1. Historia y Objetivos del Posgrado

¿Cómo surge el Departamento?

Objetivos del Departamento

Docentes

Cupo de posgrados y Residentes

Carga horaria de la formación

Tareas de docencia, investigación y extensión universitaria: líneas generales y temáticas priorizadas por el Dpto.

8. FORMACION Y PERFIL DEL MFC

3.1 Perfil del MFyC que se forma en la UdelaR

¿Cuál es el perfil?

¿Se ha modificado a lo largo de estos años desde la concreción del Dpto?

3.2. Qué formación en SM tiene el medico de MFC ¿

¿Consideran que hay una prevalencia de problemas de sm en las consultas?

¿Qué formación tiene o se brinda en el proceso de formación del especialista?

¿Cuál es el marco referencia teórico que se trasmite en la formación del posgrado ante los problemas de SM?

¿Qué docentes intervienen en la formación en SM? ¿Se articula con otras cátedras?

¿Cuál es la bibliografía que utilizan

¿Cómo describiría la formación y/o habilidades de ellos en el manejo de los problemas en SM para el 1er. nivel? (Insuficiente, Regular, Buena, Muy buena, Excelente)

¿Se han realizado cursos de formación en SM extra formación? (De qué tipo: Formación continua, seminario, taller, jornada, etc.) ¿Hace cuánto tiempo y que carga horaria tuvo? ¿Por qué? (motivos que llevaron a ello, escasa formación, problemas en el manejo de los pacientes, mayor número de problemáticas que las esperadas, mayor complejidad de las problemáticas, etc.)

3.3. Necesidades de formación en SM

¿Considera relevante la formación en SM?

¿Qué necesidades de formación en SM considera que serían beneficiosas para el abordaje de los pacientes que consultan?

3.4. Que dificultades ellos encuentran en la formación de los médicos de MFC para abordar la población que consulta con problemas de SM

4. Características de las consultas en 1er. Nivel

- * ¿Se realiza un monitoreo del tipo de problemáticas en SM más frecuentes?,
- * ¿Le parece que son pacientes “diferentes” a los otros? ¿Por qué?
- * ¿Existe un criterio de derivación pre-establecido a especialista de SM con el que se maneja el MFC en el 1er. nivel?
- * ¿Cómo evalúa usted el trabajo con estos pacientes por parte del MFC? (Difícil, insatisfactorio, bueno, etc.)
- * ¿Qué tipo de abordaje se realiza? (Farmacológico, apoyo psicológico, seguimiento, etc.)
- * ¿Qué dificultades o barreras le parece que el MFC encuentra con estos pacientes? (A nivel personal, nivel institucional)

5. Relacionamiento con los especialistas de SM (Equipos)

- ¿Cómo describiría el relacionamiento que hay entre el 1er. Nivel de Atención y el Equipo de SM?
- ¿Coordinan entre ellos las derivaciones? (Calidad de la comunicación y coordinación)
- ¿Qué cambios realizaría?

6. Conocimiento de la normativa vigente en SM

- ¿Conoce la normativa nacional y regional en relación al tema – Ley de Salud Mental y como se piensa incorporar en la curricula?

ANEXO 3.-

Hoja de Información:

Proyecto de Investigación

- **Título del Proyecto:** Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: La formación del médico de medicina familiar y comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

- **Investigador Responsable:**

Lic. Ps. Gabriela Novoa Bárcena

Maestranda Psicología Clínica, Cohorte 2015

CI 1.686.938-3

Dirección: Chaná 2268, CP 11.200, Montevideo-Uruguay

Celular: 098 973 273

Mail: magabynovoa@gmail.com; gabriela.novoa@asse.com.uy

- **Objetivos de la Investigación:**

Objetivo General:

Describir la integración de la Salud Mental (SM) en el nuevo modelo del SNIS en el 1er. Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Región Sur de ASSE, a través del conocimiento de la formación de los Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en salud mental. Con la finalidad de contribuir y fortalecer la mejora de la calidad asistencial brindada por los médicos de MFC a la población que consulta.

Objetivos Específicos:

- a) Conocer la formación y actualización en SM de los médicos de MFC de los Centros de Salud (CS) que integran a la RAP de la Región Sur de ASSE.
 - b) Caracterizar la problemática en salud mental en el 1er. Nivel de Atención y su manejo por parte de los médicos de MFC.
 - c) Describir las dificultades identificadas por estos profesionales en el abordaje de los pacientes con problemas de SM que consultan en este nivel de atención.
 - d) Identificar las necesidades formativas en SM que tienen dichos médicos.
- **Información de actividades**

Se procederá a un muestreo teórico y estará integrado por aproximadamente entre 50 y 70 MFC que trabajan en los Centros de Salud de la RAP de la Región Sur de ASSE, en asistencia directa con pacientes mayores de 15 años.

Se les solicitará a los participantes seleccionados para el estudio que completen un cuestionario que será autoadministrado. Dicho cuestionario se confeccionó en base a otros utilizados en experiencias internacionales (Hornillos, 2009; OMS, 2008). La información que se recabará estará vinculada a: 1) Describir la formación en SM de los MFC (cursos específicos, afines, formación en el grado, etc.), 2) Conocer su situación laboral (multiempleo,

carga horaria, sector de salud en el que trabajan, etc.), 3) Caracterizar las consultas de SM y su manejo en el 1er. nivel de atención (problemáticas de SM más frecuentes, derivaciones a especialistas realizadas, criterios utilizados, etc.), 4) Identificar las dificultades por los MFC en el abordaje de estos pacientes (valoración del desempeño, tipo de abordajes que utiliza, tipo de relación que se establece, etc.), 5) Conocer las necesidades formativas en SM de dichos profesionales en el 1er. Nivel de atención. (Anexo 1)

Como herramienta de recolección de datos para la fase a cualitativa se utilizará la entrevista semiestructurada. Con esta técnica, se trata de ampliar el abanico de las fuentes de información y seguir alimentando el objeto de investigación y por ende su comprensión. Las mismas tendrán como objetivo central recoger información acerca de comportamientos, actitudes y opiniones de los MFC con diferentes jerarquías y/o trayectorias en los centros de salud en relación a la temática abordada. A su vez, intentarán captar las representaciones, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc., dominantes de un determinado estrato, grupo de médicos en relación al abordaje de pacientes con problemática en salud mental en el 1er. Nivel de Atención en salud.

La conformación final de dicho muestreo teórico, que no persigue una representación estadística, se ajustará definitivamente una vez culminada la fase anterior.

El diseño de la pauta de entrevista, abarcará las dimensiones establecidas para la fase cuantitativa (cuestionario) adaptadas al abordaje de esta técnica explorando y profundizando en los campos específicos que hacen a la particularidad de esta técnica de investigación. Se estima en principio, llegar a un punto de saturación con un máximo de 15 a 25 entrevistas.

Los espacios físicos que serán utilizados para la aplicación de las herramientas de trabajo son las instalaciones de los Centros de Salud (CS) de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Región Sur de ASSE seleccionados, donde se aplicará el cuestionario, o en el lugar que determine el entrevistado seleccionado para la investigación, dado que estos se disponen voluntariamente a realizarla. En estos casos se procurará un espacio reservado propiciando un clima de confianza y de confidencialidad deseado. Se espera de esta forma interferir lo menos posible en el horario y lugar de trabajo.

La duración aproximada que se calcula para completar el cuestionario es de 15 a 20 minutos; la duración de cada entrevista se estima no mayor a 40 minutos. El soporte de registro para las entrevistas será un grabador digital, para luego proceder a la desgravación y transcripción en formato de texto para su posterior procesamiento y análisis.

- Riesgos y Beneficios:

No se espera que esta investigación genere riesgos en tanto la participación de los profesionales a través del cuestionario y/o las entrevistas que se realicen no concierne a aspectos que impliquen reflexiones personales que pudieran generar movilizaciones afectivas en los mismos, sino que pretende profundizar sobre la reflexión que profesional realice en relación a su práctica profesional.

En cuanto a los beneficios, con este estudio se pretende propiciar la reflexión y análisis de los médicos de familia y comunidad en su propia práctica y de esta manera aportar conocimiento sobre las necesidades de formación de los mismos en lo referente a la detección oportuna y abordaje de los problemas de salud mental. No sólo serán insumos para gestores, planificadores, profesionales de la salud en la mejora de la calidad de la oferta asistencial a partir de la implementación del nuevo modelo de atención a la salud enmarcado en el SNIS, sino que también habilitará a promover el análisis y el reconocimiento de los médicos de familia y comunidad sobre su desempeño y papel clave en el proceso de reforma de la salud en el Uruguay. Por otro lado, puede derivar de este estudio, beneficios colaterales al colectivo sindical de médicos en tanto a la adecuación de las expectativas del trabajo en materia laboral, así como también a la UdelaR, como posible insumo en la adecuación de la curricula.

- Confidencialidad.

El resguardo del material empírico (resultante de la fase cuantitativa y cualitativa) estará en poder del investigador responsable (en este caso quien suscribe) dado que es quien realizará todas las técnicas de procesamiento de la información.

Para los instrumentos cualitativos, al momento de proceder a su desgrabación se creará un código aparte donde se asignará al entrevistado un número aleatorio de 4 dígitos y solo la investigadora tendrá acceso a este archivo que unifica nombre y apellido con los 4 dígitos. En las citas del análisis solo se pondrá como referencia este número. De esta manera la identidad de los participantes de la investigación será preservada (no se identificará nombre, apellido o cualquier dato que posibilite identificación alguna) en todas las etapas del estudio y los datos recabados serán confidenciales, es decir, solo la investigadora tendrá acceso a ellos, nadie más.

En cuanto a la difusión y publicación de los resultados del presente estudio, se estima la publicación de los ejemplares necesarios para el tribunal de la tesis, así como también se considerará la potencial publicación que la Facultad de Psicología de la UdelaR estime conveniente en el marco de la difusión de los conocimientos aportados. Asimismo, se prevé la comunicación de los resultados obtenidos a las autoridades sanitarias y a los participantes de la investigación, integrantes de los Centros de Salud seleccionados, en un plazo no mayor a un año luego de finalizada la investigación.

- Participación voluntaria y libre

La participación en la presente investigación es voluntaria y libre constatándose esto a través de un consentimiento informado por escrito, en caso de que el profesional seleccionado no quiera acceder a participar, dicha decisión no tendrá ninguna consecuencia. Asimismo, participar en la misma no conlleva a beneficios individuales para su persona.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco del Proyecto de Investigación *“Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: La formación del médico de familia y comunidad en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*, aprobado por la Dirección Académica de la Maestría en Psicología Clínica y el aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UdelaR y en acuerdo con las autoridades de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Maestranda responsable a cargo: Lic. Ps. Gabriela Novoa le solicita a usted que participe del mismo en calidad de encuestado.

El objetivo general de la misma es describir la integración de la Salud Mental (SM) en el nuevo modelo del SNIS en el 1er. Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Región Sur de ASSE, a través del conocimiento de la formación de los Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en salud mental.

Su participación significa:

Completar un cuestionario que recoge datos patronímicos generales, de su formación profesional y la percepción que usted tiene sobre las dificultades que se le presentan en la práctica cotidiana en el abordaje de pacientes con problemas de salud mental, así como también sus necesidades formativas en esta área.

Los espacios físicos que serán utilizados para la aplicación de las herramientas de trabajo son las instalaciones de los Centros de Salud (CS) de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Región Sur de ASSE seleccionados, donde se aplicará el cuestionario, o en el lugar que usted determine, procurando un espacio reservado que favorezca a un clima de confianza y de confidencialidad deseado. La duración aproximada será entre 15 y 20 minutos.

Riesgos y Beneficios:

No se espera que esta investigación genere riesgos en tanto la participación de los profesionales no concierne a reflexiones personales que pudieran generar movilizaciones afectivas en los mismos, sino que pretende profundizar sobre la reflexión que usted realice en relación a su práctica profesional.

En cuanto a los beneficios, con este estudio se pretende aportar conocimiento sobre los aspectos que interfieren en el abordaje de pacientes con problemas de salud mental para así mejorar la calidad de la atención y las necesidades de formación de los MFC en lo referente a la detección oportuna y abordaje de los problemas de salud mental. Los resultados obtenidos además de insumos para gestores, planificadores y profesionales de la salud en la mejora de la calidad de la oferta asistencial, a partir de la implementación del nuevo modelo de atención a la salud enmarcado en el SNIS, también favorecerán en el reconocimiento de los médicos de familia y comunidad en lo referente a su desempeño y papel clave en el proceso de reforma de la salud en el Uruguay.

Confidencialidad

En caso de participar en la presente investigación su identidad será preservada (no se identificará nombre ni apellido) y los datos recabados serán confidenciales, es decir, solo la investigadora tendrá acceso a ellos, nadie más.

La participación en la presente investigación es voluntaria y libre, en caso de no querer acceder a participar no tendrá ninguna consecuencia. Asimismo, participar en la misma no conlleva a beneficios individuales para su persona.

Contacto:

En caso de querer realizar alguna pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar al investigador cuando lo requiera: Nombre: Gabriela Novoa, Celular: 098 973 273, e-mail: magabynovoa@gmail.com

Declaro: Leí las informaciones mencionadas arriba, o ellas me fueron leídas y fui informado de mi derecho a consultar con familiares o una persona de mi confianza antes de dar mi consentimiento. Yo tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, y ellas me fueron respondidas satisfactoriamente. A la vez comprendo que puedo renunciar a la misma en cualquier momento de creerlo necesario.

Consiento: Participar en la presente investigación completando el cuestionario.

Fecha.....

.....

Firma del Médico/a de Familia y Comunidad

.....

Aclaración de firma

.....

Firma de la encuestadora

.....

Aclaración de firma

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología, UdelaR:

Fecha: 05/04/2017