

TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN GEOGRAFIA

**GEOGRAFIA DE LA SALUD APLICADA EN UN PROBLEMA DE
SALUD MENTAL:**

**Dinámica espacial de los ingresos primarios del Hospital Psiquiátrico
Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de
Montevideo**

Carlos Gonzalo Giraldez García

Tutores: Dr. Marcel Achkar, Dra. Psiq. Carina Ricciardi y Dra. Gabriela Eguren

Tribunal: Dr. Eduardo Werneck, Dra. Psiq. Sandra Romano y Dr. Marcel Achkar

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien guía mi vida y por darme siempre la fuerza necesaria para superar obstáculos...por permitirme llegar...

A mi madre y hermana por estar siempre, por impulsarme, por vivir cada tramo junto a mí. A mis abuelos que ya no están por habernos cobijado...

A Fabiana, por haber llegado a mi vida en esta última curva del camino, hoy superada...

Al cuerpo de tutores, quienes aceptaron compartir el desafío de este trabajo, el cual no hubiese sido posible sortear sin su apoyo, sin su paciencia, sin sus sugerencias y sin su rigurosidad, pero sobre todo sin su calidez. Guardare para siempre vuestro invaluable apoyo...GRACIAS!!!

Al Dr. Marcel Achkar, por haber confiado y esperado, por brindarme el espacio necesario para poder desarrollar esta idea de comenzar a construir una Geografía de la Salud en nuestro país...GRACIAS!!!

A la Dra. Carina Ricciardi por su bellísima manera de orientarme y brindarme confianza...GRACIAS!!!

A la Dra. Gabriela Eguren por su claridad y por los espacios otorgados...GRACIAS!!!

Al Tribunal actuante, quienes no solo desde lo conceptual y académico enriquecieron de una forma inestimable esta investigación, sino por su fraternidad y apoyo constante, de enorme incidencia en lo que ha de venir en mí...GRACIAS!!!!

A la Dra. Sandra Romano, por haber aceptado compartir el reto de este trabajo pero sobre todo, por haber descubierto un ser que irradia luz propia, y que en varios momentos de este viaje alumbró mi camino tal vez sin saberlo...GRACIAS!!!

Al Dr. Eduardo Werneck, "Edu", un amigo y hermano que la vida me regalo...SIN PALABRAS!!!

Al Dr. Leónidas Carrasco por sus enseñanzas para que me esforzara aún más en amar la ciencia...GRACIAS!!!

Al Dr. Juan Hernández, pues desde sus materias y sencillez permitió que ingresara en este camino, hoy hace 5 años de ello...GRACIAS!!!

A André y Gustavo que ya no están, a Ale, Oscar, Paula, Karina, Carlos, Rafa y Rubén...GRACIAS por su amistad!!!

A la Dra. Carolina Beceyro por estar siempre alentándome al otro lado del río...GRACIAS!!!

A la Dirección de Salud Mental por su comprensión y sensibilidad para el abordaje de esta investigación...GRACIAS!!!

Al Dr. Lizardo Valdéz, la Dra. Andrea Acosta y Dra. Patricia Labraga, integrantes de la Dirección del Hospital Vilardebó, quienes en el año 2009 me permitieron utilizar datos del Centro Asistencial y participar en el II Simposio Mundial de Geografía de la Salud que se realizó en la ciudad de Uberlandia, Brasil...GRACIAS!!!

Al As. Soc. Gerardo Pastorino por permitirme acceder a su material...GRACIAS!!!

Y un especial agradecimiento a quienes en dicho Congreso de Geografía de la Salud, realizado en Uberlandia en 2009, me recibieron de una forma que hoy día aún guardo en mi ser: Dr. Jorge Pyckenjain, Dra. Yola Verhasselt, Dr. Samuel Do Carmo Lima, Dr. Raul Guimaraes, Dra. Nora Pizarro, Dra. Luisa Iñiguez Rojas, Dra. María Inés Ortíz Álvarez, Dra. Susana Curto, Dra. Carolina Beceyro, Dr. Eduardo Werneck y para el Lic. Marcelo Bonillo a quien recuerdo con mucho aprecio pues aparte de facilitarme todo en dicho evento, se me perdió en el aeropuerto y no lo vi más, aun cuando se que está bien...GRACIAS!!!

A la Universidad de la República de mi país por contemplar mis tiempos, por ser gratuita y para todos...GRACIAS!!!

A TODOS GRACIAS de corazón!!!!!!!!!!!!!!

RESUMEN

Introducción. Cooper (1985), ya había señalado que los problemas en Salud mental entre la población general habían cobrado una importancia creciente. Harris & Harris (1987), expresaban que “desde la psiquiatría y la epidemiología, se reconocía la necesidad de ampliar la perspectiva de abordaje de los problemas en Salud mental”. En ese sentido, la Geografía de la salud, de origen reciente, puede contribuir conceptual y metodológicamente, constituyéndose como una nueva razón sobre un complejo relevante en la vida y desarrollo de las poblaciones, el que vincula las experiencias de salud y enfermedad con las experiencias de habitar, en este caso, orientada a la Salud mental de las poblaciones.

Objetivo General. Analizar la dinámica espacial de los ingresos primarios del Hospital Psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo.

Metodología. Se realizó un análisis descriptivo, territorial y estadístico de la población objetivo, como así, un análisis Centrográfico de la Red de Equipos Comunitarios de Salud mental insertos en la ciudad de Montevideo, para observar en cada caso su expresión espacial.

Resultados. Se determinó la existencia de una estrecha relación entre Trastornos mentales y conductuales en función de estratos socioeconómicos deprimidos y niveles educativos bajos, tanto desde la dimensión descriptiva, territorial como estadística. Así mismo, pudo observarse que las mayores tasas de ingresos al Centro Asistencial se dieron en espacios en los cuales se concentraban casi el 50% de los Equipos Comunitarios de Salud mental y en aquellos espacios en donde se habrían de incorporar nuevos servicios asistenciales.

Conclusiones. La visualización de espacios en la ciudad de Montevideo en los cuales co-existen factores de vulnerabilidad socioterritorial y desde los cuales se observaron las mayores tasas de ingresos al Centro Asistencial. En ese sentido y, de acuerdo a tan sentida problemática, es que el uso de nuevos enfoques y metodologías se constituyó como un elemento de consideración hacia el futuro.

Palabras clave. Geografía de la salud, Salud mental, Trastornos mentales y conductuales, Dinámica espacial, vulnerabilidad socioterritorial.

INDICE GENERAL

	Página
1. INTRODUCCION	1
1.1 Proceso salud – enfermedad: evolución de enfoques	1
1.2 El camino de la geografía en temas de salud	2
1.2.1 Geografía médica: su construcción y fundamentos	3
1.2.2 Geografía de la salud: su devenir, características y perspectivas	5
1.3 Salud mental y trastornos mentales: breves consideraciones	9
1.3.1 Prevalencia de los trastornos mentales	11
1.3.2 Factores determinantes de los trastornos mentales y conductuales	12
1.3.3 Políticas y recursos en salud mental	14
1.3.4 Modelos asistenciales en salud mental	16
1.4 La salud mental en el Uruguay: un breve recorrido para su comprensión	17
1.4.1 El hospital Vilardebó y la atención en salud mental	23
1.5 Las universales necesidades de integración de enfoques en salud mental	25
1.6 Justificación de la investigación propuesta	26
2. HIPOTESIS DE TRABAJO	27
3. OBJETIVOS	27
4. METODOLOGIA	28
4.1 Aspectos estructurales de la investigación	28
4.2 Determinación del objeto a estudio	28
4.3 Metodología utilizada para abordar el objetivo específico I	30
4.3.1 Descripción de la población a estudio	30
4.3.2 Análisis de componentes principales -ACP-	31

INDICE GENERAL

	Página	
4.3.3	Análisis de correspondencia simple -ACS-	31
4.4	Metodología utilizada para abordar el objetivo específico II	32
4.4.1	Caracterización espacial de la población a estudio	32
4.4.2	Determinación de la tasa de ingresos al Centro Asistencial -CA- / 10.000 habitantes: etapa IIa	34
4.4.3	Distribución geográfica de la población según Principales Grupos de Trastornos -PGT-: etapa IIb	35
4.4.4	Correlación lineal de variables: etapa IIc	35
4.4.4.1	Correlación lineal i: TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ (Barrio) al CA / 10.000 habitantes, en función del Índice de nivel socioeconómico -INSE- para Montevideo	36
4.4.4.2	Correlación lineal ii: TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ (Barrio) al CA / 10.000 habitantes, en función del porcentaje de población de Montevideo mayor a 17 años que, habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico	36
4.4.4.3	Correlación lineal iii: Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico, en función del Índice de nivel socioeconómico -INSE- para Montevideo	37
4.5	Metodología utilizada para abordar el objetivo específico III	37
4.5.1	Análisis Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo en función de la distribución espacial de la población a estudio	37
4.6	Referencias Bibliográficas	40
5.	RESULTADOS	41
5.1	Resultados referentes al objetivo específico I	41
5.1.1	Descripción de la población en función de la dimensión Demográfica	41
5.1.2	Descripción de la población en función de la dimensión Socioeconómica	42
5.1.3	Descripción de la población en función de la dimensión Epidemiológica	47
5.1.4	Descripción de la población en función de la dimensión Asistencial	48

INDICE GENERAL

	Página	
5.1.5	Análisis de componentes principales -ACP-	50
5.1.6	Análisis de correspondencia simple -ACS-	51
5.2	Resultados referentes al objetivo específico II	53
5.2.1	Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, año 2007	53
5.2.2	Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, año 2008	59
5.2.3	Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, bi-enio 2007-2008	65
5.2.3.1	Indice Compuesto según sexo -ICS-	69
5.2.3.2	Indice Compuesto dinámico -ICD-	70
5.2.4	PGT de la población a estudio según barrios de Montevideo, bi-enio 2007-2008	71
5.2.5	Correlaciones lineales simples	72
5.2.5.1	Correlación lineal i: TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes, en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE-, según barrios de Montevideo	72
5.2.5.2	Correlación lineal ii: TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes, en función del porcentaje de población de Montevideo mayor a 17 años que, habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico, según barrios de Montevideo	73
5.2.5.3	Correlación lineal iii: Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico, en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE-, según barrios de Montevideo	74
5.3	Resultados referentes al objetivo específico III	75
5.3.1	Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo	75
5.3.2	Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo en función de la población a estudio	76
6.	DISCUSION	78
7.	CONCLUSIONES	85
8.	BIBLIOGRAFIA	88
9.	ANEXOS	97

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Salud y enfermedad: evolución de enfoques en las sociedades occidentales	1
Figura 2. Fundamentos que contribuyeron en la Geografía médica de Maximilien Sorre	4
Figura 3. Tópicos que aborda la Geografía de la salud	7
Figura 4. Algunos TMyC y su incidencia en la salud de las personas	10
Figura 5. Factores determinantes de los TMyC	12
Figura 6. Salud mental y pobreza	13
Figura 7. Presencia de políticas y/o programas en salud mental según regiones de la OMS hasta el año 2004	15
Figura 8. Adopción de políticas y/o programas en salud mental en el mundo hasta el año 2004	15
Figura 9. Evolución de la salud mental en el Uruguay	17
Figura 10. Dimensiones que cimentaron la salud mental en el Uruguay	17
Figura 11. Red de equipos de salud mental de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo a finales del año 2008	21
Figura 12. Red de equipos de salud mental de ASSE inserta en el interior del país a finales del año 2008	22
Figura 13. Evolución de consultas efectuadas en la red de ECSM de ASSE, período 2004-2008	23
Figura 14. Hospital Vilardebó	23
Figura 15. Consultas efectuadas en la policlínica del hospital Vilardebó, período 2000-2007	24
Figura 16. Consultas efectuadas en puerta de emergencia del hospital Vilardebó, período 2000-2007	24
Figura 17. Ciudad de Montevideo, dimensión espacial del estudio	28
Figura 18. División espacio-administrativa de Montevideo según barrios	32
Figura 19. Distribución de la población en función del Nivel educativo según sexo: bi-enio 2007-2008	42
Figura 20. Distribución de la población en función de su Actividad laboral según sexo: bi-enio 2007-2008	43
Figura 21. Distribución de la población en función de su Contexto de convivencia según sexo: bi-enio 2007-2008	44
Figura 22. Distribución de la población en función de su Estado civil según sexo: bi-enio 2007-2008	45

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 23. Distribución de la población en función de su Condición de padres según sexo: bi-enio 2007-2008	45
Figura 24. Distribución de la población en función de sus Ingresos por subsidio según sexo: bi-enio 2007-2008	46
Figura 25. Distribución de la población en función de los principales grupos de trastornos -PGT- según sexo, bi-enio 2007-2008	47
Figura 26. Distribución de la población en función de sus Aspectos judiciales según sexo, bi-enio 2007-2008	49
Figura 27. Variables según ACP	50
Figura 28. Variables que mejor explican la Varianza	50
Figura 29. ACS I. Actividad laboral en función del Nivel educativo de la población a estudio	51
Figura 30. ACS II. Nivel educativo en función de los PGT de la población a estudio	52
Figura 31. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA en el año 2007	53
Figura 32 ^a . TIG ²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo	56
Figura 32 ^b . TIM ²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo	57
Figura 32 ^c . TIF ²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo	58
Figura 33. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA en el año 2008	59
Figura 34 ^a . TIG ²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	62
Figura 34 ^b . TIM ²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	63
Figura 34 ^c . TIF ²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	64
Figura 35. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA durante el bi-enio 2007-2008	65
Figura 36. TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	68
Figura 37. ICS ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	69
Figura 38. ICD ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo	70
Figura 39. PGT de la población a estudio en función barrios de Montevideo, bi-enio 2007-2008	71
Figura 40 ^a . Cartografía referente a la Correlación lineal i	72
Figura 40 ^b . Recta referente a la Correlación lineal i	72
Figura 41 ^a . Cartografía referente a la Correlación lineal ii	73
Figura 41 ^b . Recta referente a la Correlación lineal ii	73

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 42. Recta referente a la Correlación lineal iii	74
Figura 43. Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo	75
Figura 44. Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE en función de sus Cuencas Sanitarias y la población a estudio	76
Figura 45. Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, en función de las TIG ²⁰⁰⁷⁻ 2008(Barrio)	77
Figura 46. Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, en función de sus Cuencas Sanitarias, año 2008	77

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Debate conceptual sobre la salud mental	9
Tabla 2. Causas de los AVAD según trastornos Neuropsiquiátricos hacia el año 2000	11
Tabla 3. Distribución de recursos en salud mental, según mediana	15
Tabla 4. Internaciones efectuadas en el hospital Vilardebó, período 2002-2008	24
Tabla 5. Porcentaje de internaciones según ingresos primarios y reingresos, período 2002-2008	24
Tabla 6. Cobertura médica de la población según prestador de servicios	25
Tabla 7. Internaciones en el CA durante los años 2007 y 2008	29
Tabla 8. Ingresos primarios al CA durante los años 2007 y 2008, según procedencia	29
Tabla 9. Identificación de los domicilios de quienes ingresaron al CA por vez primera durante los años 2007 y 2008 con procedencia de Montevideo	29
Tabla 10. Dimensiones -variables- utilizadas para caracterizar la población a estudio	30
Tabla 11. División espacio-administrativa de Montevideo según barrios	32
Tabla 12. Variables utilizadas para obtener la estratificación socioeconómica de Montevideo	36
Tabla 13. Variables utilizadas para obtener el porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el ciclo básico	37
Tabla 14. Características de un sistema de Nodos según Índice Rn	39
Tabla 15. Distribución de la población en función del sexo	41
Tabla 16. Distribución de la población en función de la edad	41
Tabla 17. Distribución de la población en función de rangos etarios asignados por ASSE	41
Tabla 18 ^a . Nivel educativo de la población masculina	42
Tabla 18 ^b . Nivel educativo de la población femenina	42
Tabla 19 ^a . Actividad laboral de la población masculina	43
Tabla 19 ^b . Actividad laboral de la población femenina	43
Tabla 20 ^a . Contexto de convivencia de la población masculina	44
Tabla 20 ^b . Contexto de convivencia de la población femenina	44

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 21 ^a . Estado civil de la población masculina	44
Tabla 21 ^b . Estado civil de la población femenina	44
Tabla 22 ^a . Condición de padre de la población masculina	45
Tabla 22 ^b . Condición de madre de la población femenina	45
Tabla 23 ^a . Ingresos por subsidio en la población masculina	46
Tabla 23 ^b . Ingresos por subsidio en la población femenina	46
Tabla 24 ^a . PGT según población masculina	47
Tabla 24 ^b . PGT según población femenina	47
Tabla 25 ^a . Trimestre de internación: población masculina	48
Tabla 25 ^b . Trimestre de internación: población femenina	48
Tabla 26 ^a . Aspectos judiciales en la población masculina	48
Tabla 26 ^b . Aspectos judiciales en la población femenina	48
Tabla 27. Explicación de la Varianza	50
Tabla 28. Matriz reducida de variables I	50
Tabla 29. Matriz reducida de variables II	50
Tabla 30. Resumen para ACS I	51
Tabla 31. Resumen para ACS II	52
Tabla 32. Caracterización espacial de la población a estudio, año 2007	54-55
Tabla 33. Caracterización espacial de la población a estudio, año 2008	60-61
Tabla 34. Caracterización espacial de la población a estudio, bi-enio 2007- 2008	66-67
Tabla 35. ICS según barrios de Montevideo	69
Tabla 36. ICD según barrios de Montevideo	70
Tabla 37. Prevalencia de los PGT de la población a estudio en función de los barrios de Montevideo	71
Tabla 38. Estadístico de la Correlación lineal i: $TIG^{2007-2008(\text{Barrio})}$ al CA / 10.000 habitantes, en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE- para Montevideo	72

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 39. Estadístico de la Correlación lineal ii: TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ (Barrio) al CA / 10.000 habitantes en función del porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico	73
Tabla 40. Estadístico de la Correlación lineal iii: Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico, en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE- para Montevideo, según barrios	74
Tabla 41. Distribución de la población a estudio en función de las Cuencas Sanitarias de los ECSM de ASSE insertos en la ciudad de Montevideo, año 2007	76
Tabla 42. Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo a finales del año 2008	96
Tabla 43. Red de ECSM de ASSE inserta en el interior del Uruguay a finales del año 2008	96
Tabla 44. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio: dimensión Demográfica y Socioeconómica	97
Tabla 45. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio: dimensión Epidemiológica	98
Tabla 46. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio: dimensión Asistencial	98

ABREVIATURAS

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
aC	Antes de Cristo
ACP	Análisis de componentes principales
ACS	Análisis de correspondencia simple
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
CA	Centro Asistencial
CBC	Ciclo Básico Completo
CGP	Centro de Gravedad Ponderado
CGS	Centro de Gravedad Simple
CMD	Centro Mediano de Distribución
CS	Cuencas Sanitarias
ENHA	Encuesta Nacional de hogares ampliada
ECSM	Equipos Comunitarios de Salud Mental
EUA	Estados Unidos de América
HC	Historias Clínicas
ICD	Índice Compuesto Dinámico
ICS	Índice Compuesto según Sexo
INSE	Índice de Nivel Socioeconómico
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGT	Principales Grupos de Trastornos
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PS	Planificación Sanitaria
SGA	Sistema de Gestión Asistencial
SIG	Sistemas de Información Geográfica
SIGSM	Sistema de Información Geográfica en Salud Mental
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SM	Salud Mental
TIF	Tasa de Ingresos Femenina
TIM	Tasa de Ingresos Masculina
TIG	Tasa de Ingresos Global
TM	Trastornos Mentales
TMyC	Trastornos Mentales y Conductuales

1. INTRODUCCION

1.1 Proceso salud – enfermedad: evolución de enfoques

La salud como la enfermedad han significado en la historia del hombre un constante desafío en pos de su conocimiento y comprensión dada su relevancia en el desarrollo de la vida. Según Terris (1975), “su relación, de hecho compleja, puede describirse como un continuo con diferentes niveles de equilibrio más que como una separación entre ambas”.

A través del tiempo las diferentes sociedades han elaborado diversos enfoques conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad, acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura (Arredondo, 1992) (Fig. 1).

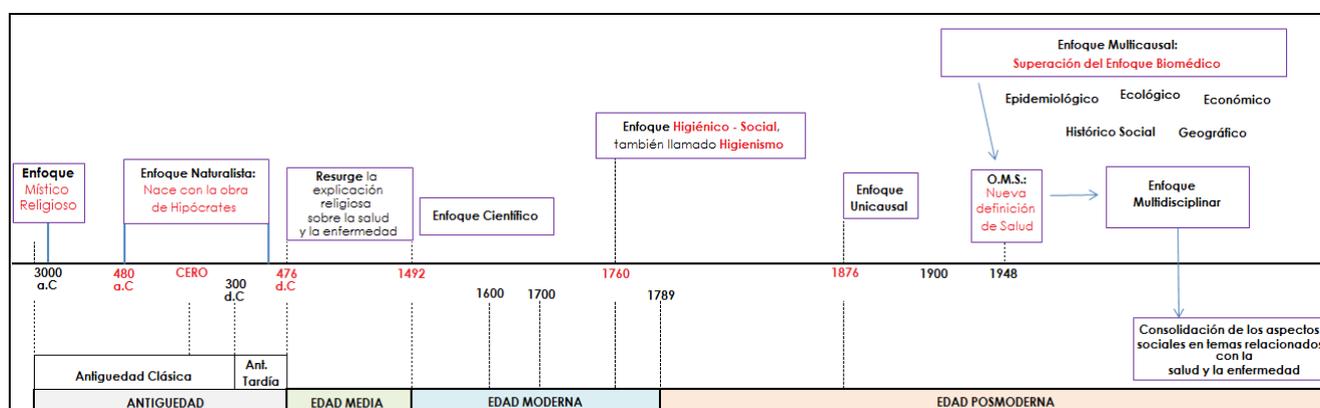


Figura 1. Salud y enfermedad: evolución de enfoques en las sociedades occidentales.
Fuente: Arredondo (1992) y otros. Elaboración propia.

Desde aquellas explicaciones místico-religiosas en tiempos remotos¹, superadas por el naturalismo hipocrático de la antigüedad², tiempo después orientadas desde lo científico³, lo higiénico-social⁴ y lo biológico⁵ respectivamente, en la actualidad, el estudio del proceso salud-enfermedad, ha desembarcado en orillas que distan enormemente de aquellas iniciales. Orillas que según, Sánchez & García (2005), entre otros autores, lejos se hallan de abordajes o enfoques particulares. De acuerdo con Dever (citado en Mariano *et al.*, 2001 & citado en Vergara, 2007), “en la actualidad, conocer el estado de salud de los individuos, implica estudiar los diferentes determinantes relacionados con “la biología de la persona, el ambiente, el sistema sanitario, los estilos de vida que le caracterizan y su cultura”.

¹ En las culturas primitivas la mayoría de las respuestas sobre salud y enfermedad se fundamentaban en la existencia de dioses (Vergara, 2007).

² A partir de la Antigüedad, con el nacimiento de la ciencia en Grecia entre los siglos VI a.C y IV a.C (Choza, 2008), los fenómenos serán explicados por causas naturales y no sobre fundamentos sobrenaturales (Hurtado, 2000). La observación y la inducción serán el sustento metodológico (Rodrigo, 2001). En ese contexto surge la medicina científica, emparentada con la figura de Hipócrates quien separó la práctica de la medicina de la magia e incluso de las especulaciones de la filosofía (Jaramillo, 2001).

³ Basado en el auge de la ciencia anatómica (Vergara, 2007) y la aparición de la dimensión microscópica en la ciencia a comienzos del siglo XVII (Gómez Gutiérrez, 2004).

⁴ El Higienismo, fue una corriente de pensamiento formada esencialmente por médicos, preocupados por definir el estado del medio ambiente creado por las fábricas y las enfermedades en relación con él, producto de la Industrialización del siglo XVIII (Ramírez, 2004). Criticaban la falta de salubridad de las ciudades industriales y proponían diversas medidas de tipo higiénico social (Urteaga, 1980).

⁵ Teoría bacteriológica: Proponía que diversas enfermedades eran causadas por microorganismos. Históricamente se creía que las enfermedades aparecían de forma espontánea. El desarrollo de esta teoría permitió que con prácticas de higiene se salvaran innumerables vidas.

Al respecto, extensa bibliografía remarca la importancia que en ello ha tenido la definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), firmada en 1946 y vigente desde 1948⁶. La misma -que aún prevalece- expresa que, “*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 2001). Desde entonces, la salud será comprendida en función de una dimensión plural más allá de lo biológico, construyéndose también desde componentes sociales y culturales, al reconocer su incidencia sobre la misma. Esto permitió que la producción de saberes externos a la medicina, en torno al tema, no solo se ampliara sino que desde aquel momento sea una constante. En tal sentido, se destacan los aportes desde las ciencias sociales -análisis sociológicos, antropológicos, económicos y geográficos-, especialmente desde países anglosajones como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos -EUA-, entre otros (Olivera, 1993). Rasgos de un nuevo paradigma de la ciencia -hoy vigente-, el cual impulsa la ampliación de aproximaciones respecto a dicha problemática⁷, incorporando así, abordajes diferenciales en busca del conocimiento integral de los hechos y procesos que rodean al ser humano, en este caso su salud. Sánchez & García (2005) señalan al respecto que, “si la investigación científica en muchas ocasiones debe ser multidisciplinar, éste es sin duda un ámbito donde esta necesidad está plenamente justificada”.

1.2 El camino de la geografía en temas de salud

“A pesar de que aún asombra en algunos contextos institucionales, el referirse a la relación entre la Geografía y las Ciencias de la Salud, existe una amplia documentación que fundamenta esta articulación desde los albores del ser humano” (Iñiguez Rojas, 1998). Es así que, “el problema de la salud y sus connotaciones espaciales ocupó prácticamente a todos los geógrafos de la nutrida historia, habiendo referencias en casi todos los tratados de historia de la medicina” (Pickenhayn, 1999)⁸. En el mismo sentido, Acosta *et al.* (2005), señalan que, “desde tiempos remotos el hombre ha tratado de representar al *espacio* que le rodea, como así también los fenómenos y procesos que se dan en el mismo”⁹.

La aproximación e interés de la geografía en temas relacionados con la salud de las poblaciones, en su historia, transitó por dos estadios claramente diferenciados. El primero y de mayor vigencia, en el

⁶ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada en Nueva York en 1946 por representantes de 61 Estados. Entró en vigor en 1948 y no ha sido modificada desde entonces (<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>).

⁷ No obstante: “... el campo de la salud construido por la modernidad se caracterizó por la fragmentación, la especialización y sobre todo por la tendencia a aislar los fenómenos en contextos artificiales que permitían un abordaje científico que se presuponia “mejor” por ser más objetivo. Tal vez esto haya permitido avances significativos que han constituido verdaderos logros por su impacto en las condiciones de salud de las poblaciones. Pero también es seguro que fueron empobreciendo paulatinamente el ejercicio de las profesiones de la salud”... (Extracto del Prólogo realizado en el libro de Fernández Castrillo, 2009).

⁸ El mismo autor en su obra cita de Sarton (1965): “desde la Prehistoria existen evidencias sobre la preocupación por la distribución de enfermedades así como también por la localización de las materias primas medicinales, de procedencia natural”.

⁹ Bousquat & Cohn (2004), señalan que el espacio es un elemento que ha impregnado por más de dos mil años la historia de la medicina occidental y la salud pública; Pickenhayn (1999) en Sánchez & García (2005): “estudios sobre la relación entre el medio ambiente y la salud son una constante histórica en la humanidad, remontándose los mismos a la Antigüedad cuando hebreos y babilonios hacían referencias a fórmulas de higiene ambiental”.

cual los aspectos y componentes geográficos -como altitud, latitud-longitud, temperaturas, precipitaciones, vientos, etc.- se intentaban asociar al origen y desarrollo de enfermedades emergentes. Estas *causalidades* eran propuestas esencialmente por médicos al nutrirse de la información recabada por viajeros, naturalistas, geógrafos y en ocasiones por ellos mismos.

Dicho estadio será superado recién en las primeras décadas del siglo XX, momento en el cual la geografía, a partir de sus enfoques, metodologías y técnicas inicia su camino en temas relacionados con la salud de las poblaciones. Su primer abordaje lo hará desde una Geografía médica surgida en la década del 30', para posteriormente, realizarlo desde una Geografía de la salud nacida en la década del 70'. Ambas construcciones conceptuales resultaron de una sucesión de enfoques alternantes en el transcurso del tiempo y que habiendo superado la primera articulación entre los saberes médicos y saberes geográficos, posibilitará su origen y desarrollo.

1.2.1 Geografía Médica: su construcción y fundamentos

“La crisis del Positivismo Clásico de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, dio lugar a la aparición de corrientes de carácter historicistas, neokantianas y espiritualistas, en clara oposición al reduccionismo naturalista de entonces” (Capel, 1980). Bajo este escenario del Posibilismo -en la década del 30' del siglo XX-, la geografía realizará los primeros trabajos en el área de la salud. La primera vertiente desarrollada se denominó Geografía médica, destacándose los aportes de dos geógrafos, Brunhes y Sorre¹⁰ (Olivera, 1986). Este último es considerado precursor y esencial para el asentamiento de dicha perspectiva. En su obra de 1933, “Los Complejos Patógenos y la Geografía médica” (Ramírez, 2004), establece los fundamentos de aquella nueva rama de la geografía.

En su Teoría de los Complejos Patógenos, recupera los conceptos del Enfoque Ecológico de las Enfermedades¹¹ del siglo XVIII, en desuso a partir de la Teoría de los Gérmenes¹² de finales del siglo XIX. Dicho enfoque ecológico “explicaba las relaciones ecológicas entre enfermedades y lugares, por mediación de actores biológicos actuando como agentes patógenos, influenciados por el clima y otros factores geográficos” (Pickenhayn, 1999). Sorre, institucionalizó con el nombre de Geografía médica, el estudio de las enfermedades características de un área (Curto, 2008)¹³. Esto le permitió establecer puntos de contacto entre la geografía, las ciencias sociales y ciencias biológicas (Urbano, 1991). Su obra, es señalada como la gran aplicación de la geografía a las enfermedades,

¹⁰ Maximilian Sorre: Geógrafo francés. Profesor en la Universidad de Montpellier y posteriormente en la Sorbona. Su tratado Los fundamentos de la geografía humana (4 vols., 1943-1952) es considerada una obra básica en la materia (http://www.labiografia.com/ver_biografia.php?id=21798).

¹¹ Enfoque Ecológico de las Enfermedades: La salud-enfermedad es la derivación de la interacción entre la tríada: Agente biológico -microorganismos-, físicos -calor, frío, electricidad, etc., químicos -tóxicos-, etc / Agente Huésped -Estado nutritivo, defensas orgánicas, edad, sexo, etc. / Agente Ambiente, -Temperatura, humedad, agua, alimentos, insectos, etc- (http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/lecturas/mod2/articulo5.pdf)

¹² Teoría de los Gérmenes: Es una teoría que propone que los microorganismos son la causa de muchas enfermedades. Aunque fue muy controvertida cuando se propuso, es ahora fundamental en la medicina moderna y la microbiología clínica, conduciendo a innovaciones tan importantes como los antibióticos y las prácticas higiénicas.

¹³ Según Olivera (1986), el objeto de estudio estaba claramente definido: “mostrar el área de extensión de una enfermedad endémica o epidémica que a su vez es el área de extensión de un complejo patógeno; se pretendía conocer su localización, sus movimientos de retroceso o expansión en superficie y buscar las circunstancias en que se desarrolla: densidad de población, migraciones, modo de vida, rasgos físicos del medio, entre otros”.

atribuyéndole la paternidad de la Geografía médica clásica (Pickenhayn, 1999). Según Ortega Valcarcel (2000), esta nueva disciplina, “establecía una directa relación entre el entorno -medio geográfico-, y el estado de salud -la morbilidad y mortalidad- de la población”. Los fundamentos incluidos en el pensamiento de Sorre se encuentran distribuidos a lo largo de la historia (Fig. 2).

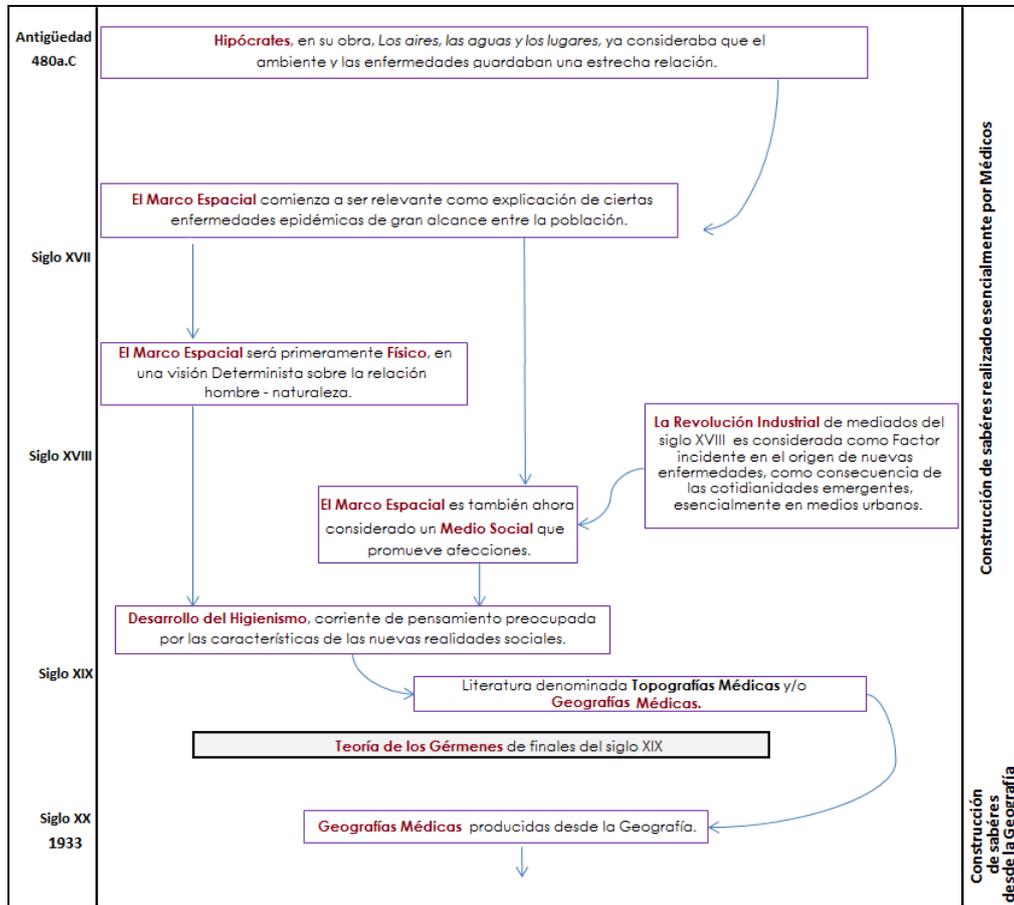


Figura 2. Fundamentos que contribuyeron en la Geografía Médica de Maximilien Sorre.
Elaboración propia.

...En ese sentido, la obra de Hipócrates, *Los aires, las aguas y los lugares*, del 480 aC, ya consideraba que los *factores geográficos* -como el clima, el relieve, la geología- y los *patrones de asentamiento*, tenían influencia en la distribución de enfermedades (Hauri, 2007)¹⁴. En el mismo sentido, desde el siglo XVI el marco espacial se tornara relevante en la explicación de enfermedades. Primeramente, siendo físico y determinante en la ocurrencia de afecciones¹⁵, para luego considerarse social y promotor de las mismas¹⁶. Ambas premisas serán consideradas en la literatura realizada por el Higienismo desde finales del siglo XVIII denominada Topografía médica y/o Geografía médica (Urteaga, 1980). Esta última será definida por los médico-geógrafos de la época como “la ciencia

¹⁴ De los primeros escritos en abordar la relación entre la salud y los lugares (Lacaz, (1973) citado en Peiter, (2005), y el primero emparentado con una Geografía Médica (Urbano, 1991), “dejando relevantes contribuciones para la historia de la Medicina, de la Geografía y de la Antropología” (Glacken, 1996, citado en De Araujo *et al.*, 2003).

¹⁵ Premisa sustentada desde Las Teorías de las Constituciones Epidémicas de T.Sydenham -segunda mitad del siglo XVII- y la Teoría Miasmática de G.M.Lancisi -primeras décadas del siglo XVIII y vigente hasta finales del siglo XIX-. Ambas teorías, resaltan los efectos de los factores ambientales -como las estaciones, las temperaturas, los vientos, las aguas, los suelos- en el origen de las enfermedades.

¹⁶ Hecho dado posterior a la Revolución Industrial de mediados del siglo XVIII, al surgir una concepción de la enfermedad como derivación de los nuevos procesos y fenómenos sociales.

interesada en las relaciones existentes entre el medio físico y social y el estado de salud de la población” (Urteaga, 1980). Se basaba en la observación geográfica y el análisis de las diferencias entre lugares, poblaciones y pautas de morbilidad -legado hipocrático donde, el entorno y las condiciones de vida determinan el tipo de afección que pueden padecer las personas- (Mestre, 1999)^{17y18}. A través de dicha literatura era posible identificar lugares sanos y enfermos como así también zonas posibles de habitar y aquellas a evitar (Urteaga, 1980)...

La obra de Sorre, considera todos estos fundamentos construidos en el devenir histórico, partiendo desde lo geográfico como premisa.

No obstante, el reconocimiento oficial de la Geografía médica se realizó en el Congreso Internacional de Geografía de Lisboa, en 1949, posiblemente propiciado por la nueva definición de salud adoptada por la OMS un año antes, que amplía el concepto al bienestar físico, psíquico y social (Olivera, 1993). La misma autora agrega que, “si bien desde los años 50 se enriquecen los contenidos en geografía, el enfoque ecológico físico permaneció como predominante y en algunos países como único”. Este hecho se extenderá hasta la década del 70’, en donde, a partir de cambios sociales imperantes y, de la transición de paradigmas, se dará el desarrollo de un nuevo estadio conceptual y metodológico de la geografía en el estudio de la salud de las poblaciones.

1.2.2 Geografía de la Salud: su devenir, características y perspectivas

En la década del 70’, el desarrollo de una Geografía del Bienestar emergente desde la Geografía Radical¹⁹ (García Ramón, 1985) contribuye en que el número de trabajos sobre temas de salud se incremente considerablemente (Olivera, 1986)²⁰. Dicha corriente Radical, representada en EUA por la revista *Antipode*, “dedicará sus primeros números a temáticas tales como el bienestar social, la pobreza, los derechos de las minorías y el acceso a los servicios sociales” (Miguel, 2003).

Según Ramírez (2004), este contexto “fue determinante para que los geógrafos se interesaran en la producción de indicadores que revelasen los elementos que contribuían en el desarrollo de las desigualdades sociales”. Esto significó, que estudios sobre análisis territoriales de aspectos sociosanitarios -como parte de la Geografía Urbana, Geografía de los Servicios o Geografía de la Población- se hicieran frecuentes (González Pérez, 2000). Según Jones (citado en Ramírez, 2005),

¹⁷ Son evidentes entonces, las conexiones existentes entre morbilidad, y por tanto mortalidad, el medio ambiente y el medio social (Urteaga, 1980).

¹⁸ Dado su carácter descriptivo, son consideradas como una auténtica Geografía Regional Clásica, con una fuerte preocupación medioambiental, en donde la suma de hechos físicos y económicos resumen las características de un territorio” (Olivera, 1993).

¹⁹ Geografía Radical: Surge en un contexto mundial complejo: “Guerra Fría”, el inicio del enfrentamiento Norte-Sur, “movimientos por los derechos civiles y de los negros”, etc. La protesta estudiantil de 1965 a 1968 fue una expresión clara de esta desilusión colectiva en la que la guerra de Vietnam constituyó el detonante. En Europa, el “Mayo Francés” de 1968 (Bosque Maurel, 1995). Dicha corriente sería representada por dos enfoques: uno basado en la teoría marxista -Paradigma Crítico- y otro que apunta a la solución de problemas humanos en una escala local y que da origen al Paradigma Humanista (Miguel, 2003).

²⁰ Esporádicos hasta la década del 60’, escasos entre el 60’ y 70’, sextuplicándose en los 70’ (Olivera, 1986).

en ese entonces, los geógrafos contemplaban la posibilidad de participar en organismos que afectaran las políticas públicas y en la obtención de información consistente pasible de ser utilizada para la correcta toma de decisiones.

A su vez, “la influencia del paradigma neopositivista hizo que los temas de localización entraran a formar parte de los estudios de Geografía médica, al considerar el equipamiento como medio para la restauración de la salud y su carencia como factor patológico (Olivera, 1993). Según la misma autora, “el estudio de la distribución y accesibilidad a los equipamientos sanitarios y servicios médicos, llega a representar el 30% de las investigaciones a principios de los 80”.

Este nuevo escenario y la ampliación de contenidos de aquella Geografía médica Ecológica de Sorre, contribuyó para pensar en un cambio de denominación. Esto acontecerá en el Congreso Internacional de Geografía de Moscú, en 1976, a pedido de la Comisión de Geografía médica, desde entonces llamada Geografía de la salud. La justificación de la solicitud se basaba en que esta nueva denominación consideraría más ampliamente la relación entre calidad de vida, educación, hábitat, infraestructuras básicas -salud, vivienda, entre otras- con la salud de las poblaciones (Rojas, 1998; Peiter, 2005; Lima Neto, 2000, citados en Dias Junqueira, 2009).

Esta nueva especialidad, Johnston *et al.* (2000), la definen como “la aplicación de las perspectivas y métodos geográficos al estudio de la salud de las poblaciones, la salud de los individuos y todas aquellas actividades relacionadas con la salud”. Para Vigneron (1991) “representa el análisis espacial de las disparidades de los niveles de salud de las poblaciones y de los factores medio ambientales que contribuyen a explicar esas desigualdades”. Esta nueva disciplina se basa en la relación dinámica entre la salud y los lugares, desde una visión holística de aquella, con origen en la obra del geógrafo neozelandés Robin Kearns²¹, quien recupera el modelo sociológico para estudiar la salud de las poblaciones (Mota - Moya, 2006), centrándose en la observación de las múltiples relaciones entre la población y su contexto social, cultural y ambiental (Johnston *et al.*, 2000).

Desde entonces, la investigación en Geografía de la salud comprende esencialmente dos objetos de estudio: *los patrones, causas y propagación de enfermedades y por otro, la planificación y prestación de servicios en salud* (Jones & Moon, 1987) (Fig. 3)²².

²¹ Robin Kearns: Tiene experiencia en una amplia gama de métodos cualitativos, aplicados en los últimos 20 años en estudios sobre servicios de salud y los determinantes de la salud. Sus intereses se centran en el papel del lugar en la formación de la experiencia de la salud (<http://sustainablecities.org.nz/members/robin-kearns/>).

²² Según Olivera (1993), las temáticas en Geografía de la Salud “pueden ser agrupadas en cuatro grandes líneas de estudio con fines descriptivos, explicativos y de planificación: a) Distribución de las enfermedades y su mapeación, b) Patrones espaciales de mortalidad, enfermedad y salud, c) Difusión de las enfermedades en el tiempo y el espacio -predicción de procesos- y d) Análisis espacial de los sistemas de salud -equipamientos, servicios y su utilización-.

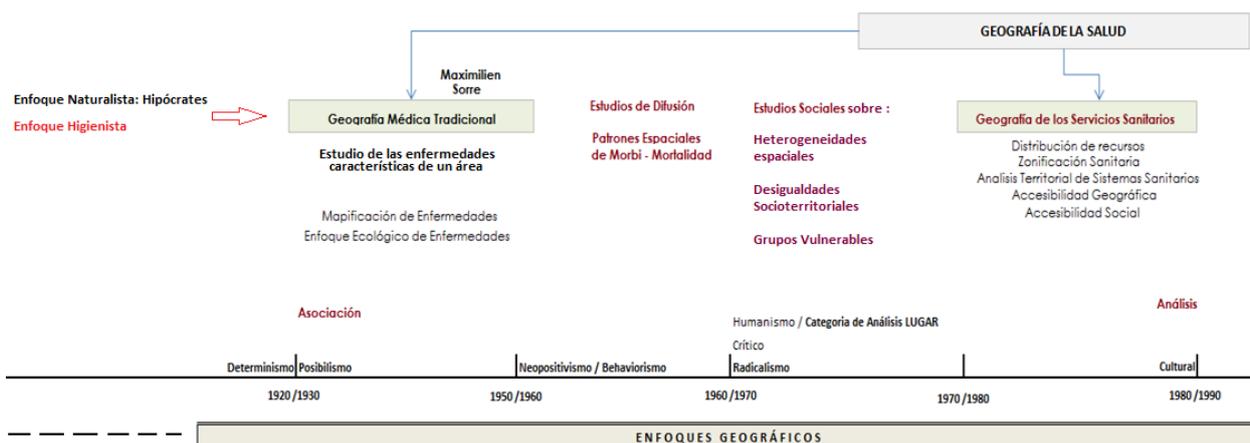


Figura 3. Tópicos que aborda la Geografía de la salud.
Elaboración propia.

El primero, nos exige conocer el funcionamiento epidemiológico de la enfermedad a estudiar, su comportamiento, procesos particulares, tiempos de desarrollo, e identificar su manifestación en el espacio como fenómeno de masas (Olivera, 1993). El segundo, involucra el estudio y análisis de los factores organizativos de la estructura sanitaria: disponibilidad de recursos, accesibilidad geográfica, accesibilidad social y el proceso de prestación de servicios (Alan Dever, 1991).

Es lo que Collazo *et al.* (2002) consideran como Planificación Sanitaria -PS-, la cual debe basarse en las necesidades de salud sentidas por la población y en su situación de salud”.

No obstante, la evolución actual de esta nueva especialidad geográfica, incluye una fuerte preocupación hacia problemas relacionados con las desigualdades en salud y el impacto espacial de la pobreza y la marginación (Asthana *et al.*, 2002), como así, un interés derivado de los problemas ambientales cada vez más presentes (Rupke, 2000). Dicha Geografía de la salud, halló en el “lugar²³” su categoría esencial de análisis para poder conocer y comprender las relaciones que se establecen entre los hombres y sus contextos. Dummer *et al.* (2003) al respecto señalan: “geografía y salud se hallan intrínsecamente ligados. Donde habitamos, trabajamos, estudiamos, etc., se desarrollan nuestras experiencias de salud. El contexto geográfico de los lugares y la conexión entre lugares, juegan un papel importante en la conformación de riesgos y efectos sobre nuestra salud”.

Paralelamente, el desarrollo experimentado desde la década del 70’ por las tecnologías de la información geográfica, materializado fundamentalmente por las posibilidades de producción cartográfica, contribuyó de forma muy importante en la diversificación de objetos estudiados, tanto desde la Geografía médica como desde la Geografía de la salud: localización óptima de hospitales públicos (Ramírez, 2002), accesibilidad peatonal a una red sanitaria (Puebla & García

²³ Humanismo y Lugar: Corresponde a una visión alternativa apoyada en los estudios culturales de una vertiente geográfico-antropológica y aquellos que se basaban en la percepción y en los mapas mentales. Se rescata el concepto de LUGAR desde el punto de vista de la TOPOFILIA según YI FU TUAN (Miguel, 2003). El lugar desde el punto de vista geográfico describe una localización espacial, pero también una experiencia humana y es un espacio que remite a un recorte territorial identificable sobre el que cargamos ciertos valores (<http://www.ecoportel.net/content/view/full/30984>).

2002), vigilancia de enfermedades vectoriales de frontera (Bottinelli *et al.*, 2006), los sistemas de información geográfica como herramienta para la estratificación en salud (Rodríguez & Rodríguez 2007), entre otros, se han hecho frecuentes.

No menos cierto resulta que en algunos contextos latinoamericanos como Brasil, Cuba y México -por citar algunos emparentados con nuestra realidad-, dicha perspectiva ha encontrado espacio en ámbitos vinculados con la PS. La importancia que ha cobrado en las políticas públicas la búsqueda de su adecuada y universal materialización -en pos de minimizar las disparidades sociales- ha contribuido en su inserción y utilización como herramienta estratégica.

Toda política de salud debe tender a identificar poblaciones en riesgo y establecer en función de ello, prioridades sanitarias. Para lograrlo, es fundamental la formación de equipos pluridisciplinarios con el objetivo de captar la globalidad de los hechos sanitarios como así sus especificidades.

En dicho contexto, “la tarea del geógrafo debe ser contribuir localizando en el espacio esas poblaciones y prioridades, como así también brindar explicaciones sobre dicha distribución (Vigneron, 1995).

Según Ramírez (2004), “en la actualidad se estima que cerca del 80% de las necesidades de información de quienes toman decisiones y definen políticas están relacionadas con una ubicación geográfica”.

1.3 Salud mental y trastornos mentales: breves consideraciones

“El concepto de Salud mental -SM- ha sido definido de acuerdo a las distintas culturas” (OMS, 2001), y a partir de comprender la naturaleza del hombre (Fromm, 1990, citado en Ubilla, 2009). Esto involucra, enfoques teóricos y criterios de diagnóstico, concepciones filosóficas, morales y psicológicas y modelos médicos predominantes. “Lo que en una cultura o sociedad puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico” (Almirón, 2008).

La concepción actual sobre SM, tiene sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la psiquiatría clínica y en otras ramas del conocimiento (Bertelote, 2008). Las primeras referencias técnicas a la misma, como campo o disciplina, surgen en 1946, cuando se crea en Londres, la Asociación de SM, a partir de la fundación de la OMS. Hasta entonces, el concepto de Higiene mental²⁴ era el vigente (Lewis, 1974), comprendiendo éste, todas las actividades y técnicas que le fomentaran y mantuvieran (Bertelote, 2008). La definición contemporánea sobre SM, la considera como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, citado en OMS, 2004). Una concepción que destaca su carácter *plural* -sugiriendo la necesidad de un abordaje multidisciplinar para su comprensión-, su *significancia* sobre la salud general de las poblaciones y su *caracterización* como un proceso dinámico, asignándole una alta incidencia sobre las posibilidades de desarrollo que las sociedades alcancen. Fernández Castrillo (2009), en su obra “Complejidad social y Salud mental”, desarrolla un debate conceptual y cronológico respecto a su definición, desprendiéndose del mismo su trascendencia (Tabla 1).

Tabla 1. Debate conceptual sobre la salud mental.
Fuente: Complejidad social y salud mental (Fernández Castrillo, 2009).
Elaboración propia.

Año	Cita	Definiciones sobre la salud mental
1977	Pichon Riviere, E.	Una <i>aptitud sintetizadora</i> en la resolución de conflictos que surgen en relación con la realidad. Propone como parámetro indicador de salud, la capacidad de desarrollar una actividad transformadora ²⁵ .
1986	Mesa, P.	Un <i>proceso continuo</i> siempre sensible a las experiencias. Agrega que, dichas experiencias -dadas en cualquier etapa de la vida- pueden constituirse en factores capaces de alterar o modificar el funcionamiento de una persona.
2001	Arito, S.	Se halla presente en los Grandes Rubros que refieren a la vida cotidiana - <i>trabajo, estudio, familia, tiempo libre, etc</i> - Para ella, el criterio que establece si la conducta del sujeto es <i>adaptada, normal o patológica</i> se relaciona con el sistema de representaciones vigentes en cada momento y lugar y con la infraestructura de las relaciones sociales de producción.
2001	OPS	(...) Núcleo del desarrollo de toda la vida, el cual desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social (...) ²⁶ .

²⁴ El concepto surge en 1843 en la obra “Mental hygiene or an examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and duration of life” (Lewis, 1974). El origen del movimiento puede atribuirse al trabajo de Clifford Beers en EUA. En 1908, publicó “A mind that found itself”, un libro basado en su experiencia personal de ingresos en tres hospitales mentales (Beers, C. 1937 en Bertelote 2008).

²⁵ Dicha capacidad transformadora surge de la relación hombre-medio: sería la capacidad de Visualizar y Resolver. No constituye un estadio definitivo, sino que se halla en permanente construcción (Pichon Riviere (1977) citado en Fernández Castrillo (2009)).

²⁶ “Es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida” (En Fernández Castrillo, 2009) extraído del documento de la OPS “La salud mental en las Américas: Nuevos retos al comienzo del milenio”, año 2001.

Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la SM la misma importancia que a la salud física. Muy al contrario, ha sido objeto de indiferencia o abandono, aún cuando en el mundo exista una carga creciente de Trastornos mentales y conductuales -TMyC-, y un desfase terapéutico cada vez mayor (OMS, 2004). Según la OMS (2001) los TMyC son “considerados afecciones de importancia clínica, caracterizados por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad -emociones- o del comportamiento asociados a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la normalidad, sino fenómenos claramente anormales o patológicos”²⁷. Estos se expresan a través de síntomas diversos, influyendo en la salud de las personas (Fig. 4).

Trastornos Mentales y/o Conductuales				
Síntomas Físicos	Síntomas Afectivos	Síntomas Cognitivos	Síntomas del Comportamiento	Alteraciones Perceptivas
Dolores Trastornos del sueño	Tristeza Miedo Ansiedad	Dificultad para pensar con claridad Creencias anormales Alteraciones de la memoria	Conducta agresiva Abuso de sustancias Imposibilidad de realizar tareas corrientes	Percepción auditiva y/o visual de inexistentes
Bienestar Mental				
Bienestar Físico	Salud			Bienestar Social

Figura 4. Algunos TMyC y su incidencia en la salud de las personas.

Fuente: <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>

Elaboración propia.

Hoy día, las pruebas científicas indican que dichos trastornos son consecuencia de la suma de influencias genéticas y ambientales, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales (OMS, 2001). “Esta formulación biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos, supone un posicionamiento contrario a entender únicamente los problemas de SM a modo de patologías que se circunscriben a la realidad interna de un individuo” (Fernández & Sánchez, 2003).

Dichos TMyC son universales, es decir, no se concentran en un grupo en particular sino que afectan a hombres y mujeres de todas las regiones y sociedades, en todas las etapas de sus vidas, sean ricos o pobres, residentes urbanos o rurales, etc.²⁸ (OMS, 2001). Por ello mismo, constituyen un desafío importante para el desarrollo general, debiendo ser de interés para todos y no sólo para aquellos que los padecen (OMS, 2004). Según Campo & Cassiani (2008), “constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de *morbilidad*²⁹ en atención primaria y al producir una considerable discapacidad”.

²⁷ Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un TMyC. Para clasificarse como tal, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida (OMS, 2001).

²⁸ “Los TMyC son variados y heterogéneos, leves o graves, de pocas semanas, mientras que otros pueden persistir toda la vida. Unos son discernibles con una exploración detenida, pero otros no es posible ocultarlos ni siquiera de observadores ocasionales” (OMS, 2001).

²⁹ Morbilidad: Cantidad de personas que enferma en un lugar y un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población. <http://es.thefreedictionary.com/morbilidad>.

1.3.1 Prevalencia de los trastornos mentales

Regier *et al.* (1988), ya habían demostrado que, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, más del 25% de los individuos padecían uno o más TMyC a lo largo de su vida.

Hacia el año 2000, entre las 20 causas principales de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad - AVAD³⁰-, para todas las edades, figuraban tres trastornos Neuropsiquiátricos³¹, siendo seis al considerar el grupo de edad entre 15 a 44 años (OMS, 2001) (Tabla 2).

Tabla 2. Causas de los AVAD según trastornos Neuropsiquiátricos hacia el año 2000.
Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2001 de la OMS.
Elaboración propia.

Causas de los AVAD según trastornos Neuropsiquiátricos hacia el año 2000					
Ubicación	AVAD todas las edades (ambos sexos)	Carga (%)	Ubicación	AVAD entre 15 y 44 años (ambos sexos)	Carga (%)
4	Trastornos Depresivos Unipolares	4,4	2	Trastornos Depresivos Unipolares	8,6
17	Lesiones Auto infligidas	1,3	5	Trastornos por consumo de alcohol	3,0
18	Trastornos por consumo de alcohol	1,3	6	Lesiones Auto infligidas	2,7
			8	Esquizofrenia	2,6
			9	Trastorno Afectivo Bipolar	2,5
			20	Trastornos de Pánico	1,2

Para entonces, alrededor de 450 millones de personas padecían enfermedades neuropsiquiátricas, al menos en una de cada cuatro familias un miembro era posible de padecer un TMyC y alrededor del 20% de quienes consultaban en atención primaria, poseían uno o más Trastornos mentales -TM- (OMS, 2001). A su vez, más de 150 millones de personas padecían de depresión en un momento dado y cerca de 1 millón se suicidaban cada año. Alrededor de 25 millones sufrían de esquizofrenia y más de 90 millones de personas presentaban trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas (OMS, 2004).

En el caso de América Latina y el Caribe, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los AVAD para 1990. En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2% (Kohn *et al.*, 2005). Según la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, para las Américas se preveían para el año 2010 la existencia de 2 millones de personas con esquizofrenia y 17 millones con depresión (OPS, 1997, citado en Fernández Castrillo, 2009).

³⁰ AVAD: Unidad de estado de salud que ajusta la esperanza de vida específica por edad por la pérdida de salud y de años de vida debido a una discapacidad ocasionada por una enfermedad o lesión ([http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=A%C3%B1os+de+vida+ajustados+por+discapacidad+\(AVAD\)](http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=A%C3%B1os+de+vida+ajustados+por+discapacidad+(AVAD))).

³¹ Este grupo comprende: Trastorno Depresivo Unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (OMS, 2001).

1.3.2 Factores determinantes de los trastornos mentales y conductuales

“Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001)³² (Fig. 5).

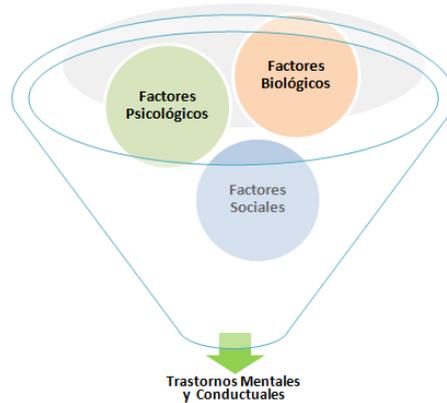


Figura 5. Factores determinantes de los TMyC.
Elaboración propia.

Factores biológicos: casi todos los TMyC graves y frecuentes se asocian a un importante componente genético de riesgo³³ y se deben a su interacción con factores ambientales. “Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado TMyC se manifieste únicamente en personas sometidas a estresores ambientales³⁴, los cuales contribuyen en la manifestación de la enfermedad” (OMS, 2001).

Factores psicológicos: estos guardan relación con la aparición de ciertos TMyC, en función esencialmente, de cómo los individuos nos hemos construido -con quienes, cuando, y como- y de que manera percibimos a nuestro mundo exterior, las personas y sus problemáticas. Es así que las relaciones con los padres y/o cuidadores durante la infancia juegan un papel decisivo en el desarrollo normal de funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones, a partir de cuidados afectuosos, atentos y estables³⁵ (OMS, 2001). Un aspecto a considerar en igual sentido, se refiere al comportamiento humano configurado desde las interacciones con el entorno natural y social, pudiendo tener consecuencias favorables o desfavorables para el individuo³⁶. Se ha demostrado

³² Dicha interrelación genera una dialéctica de la que resulta la morbilidad o la salud (Fernández & Sánchez, 2003).

³³ En la Esquizofrenia, la anormal maduración de los circuitos neuronales puede causar alteraciones histopatológicas, detectables a escala tanto celular como tisular macroscópica, que dan lugar a un procesamiento incorrecto o maladaptado de la información (Lewis & Lieberman 2000, citados en OMS, 2001). En la Depresión es posible que no se produzcan anomalías anatómicas características; en este caso, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los circuitos neuronales (Berke y Hyman 2000, citados en OMS, 2001). Éstos, a su vez, pueden ser reflejo de cambios sutiles en la estructura, la ubicación o los niveles de expresión de proteínas esenciales para un funcionamiento normal.

³⁴ Estos pueden abarcar desde sustancias psicotrópicas en la vida fetal a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos”. El sexo y la edad son importantes referencias en la aparición de los TMyC (OMS, 2001).

³⁵ Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de Salud Mental, u otras enfermedades, o si fallece. También si los niños son separados de sus cuidadores por eventos de desastres, guerras, la pobreza, etc. Esto propicia una mayor probabilidad de padecer algún Trastorno Mental durante la infancia o más adelante. Prueba de ello es la evolución seguida por muchos niños acogidos en instituciones que no les proporcionaban la suficiente estimulación social. Aunque recibían una alimentación y unos cuidados corporales adecuados, era frecuente que manifestaran graves deficiencias en la interacción con los demás, en la expresividad emocional y en el afrontamiento adaptativo a los acontecimientos estresantes de la vida. En algunos casos se observaban también deficiencias intelectuales (OMS, 2001).

³⁶ En esencia, es más probable que las personas se inclinen por los comportamientos que sean Recompensados por el entorno, y menos probable que opten por comportamientos Ignorados o Sancionados. Por consiguiente, los TMyC pueden considerarse como un comportamiento maladaptado aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo (OMS, 2001). Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el

también que aquellas personas que evitan pensar en causas de estrés tienen mayores posibilidades de padecer algún TM como ansiedad o depresión como consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital^{37 y 38} (OMS, 2001).

Factores sociales: “diversos estudios sociológicos han investigado las correlaciones estructurales de las enfermedades psiquiátricas con el estrato social, el sexo, la raza, la edad y el urbanismo³⁹” (Konner, 1995, citado en Mendoza, 2009), junto con implicaciones en la psiquiatría y la salud pública (Mendoza, 2009).

La evolución tecnológica imperante (OMS, 2001), el momento histórico, lo político, la red social de apoyo, la migración, el origen étnico no privilegiado, la marginación e intolerancia social, las características de la vivienda, el ruido, la contaminación, el hacinamiento y los soportes comunitarios, son factores que también contribuyen en la *etiopatogénesis y evolución* de las enfermedades mentales (Fernández & Sánchez, 2003)⁴⁰. En ese sentido, la emergencia y evolución de los TMyC mantienen una particular relación con la pobreza⁴¹ (Fig. 6).

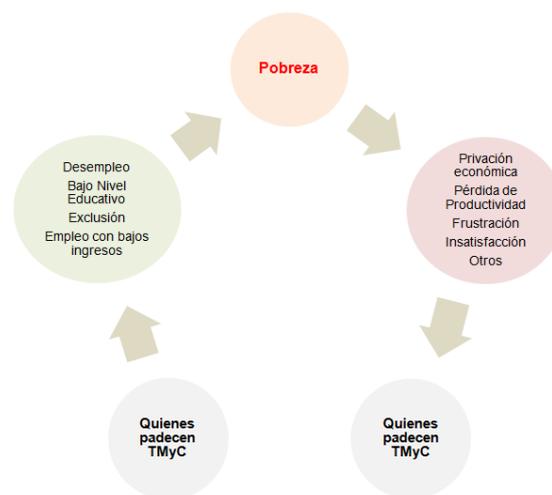


Figura 6. Salud mental y pobreza.
Elaboración propia.

“Desde hace mucho tiempo, está reconocida la asociación entre los TM y el desempleo, la exclusión social, la pobreza y, el abuso de alcohol y drogas (Caldas de Almeida, 2007). “Evidencia científica ha estimado que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos^{37,42} (OMS, 2004). Bolton & Oakley (1987), demostraron que personas sin empleo,

comportamiento, y se ve corroborada por el éxito de la Terapia Conductual, que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas mal adaptadas de pensamiento y conducta (OMS, 2001).

³⁷ Esta constatación ha impulsado el desarrollo de intervenciones basadas en la enseñanza de aptitudes de afrontamiento (OMS, 2001).

³⁸ “Las experiencias tempranas son importantes, y el análisis de cómo han estructurado la organización de los sistemas biológicos y psicológicos resulta útil para comprender las diferencias interpersonales en la manera de responder al riesgo y al estrés a lo largo del desarrollo y en un determinado momento” (Giraldez, 2003).

³⁹ Los factores estresantes introducidos por la urbanización -como entornos superpoblados y contaminados, pobreza, violencia y el débil apoyo social- pueden repercutir de forma negativa sobre la Salud Mental de quienes sufren tales situaciones (Desjarlais *et al.*, 1995).

⁴⁰ “Ya a mediados del siglo XIX -cuando los estudios e investigaciones sobre los trastornos mentales estaban dominados por una orientación somatista- se aludía a la necesidad de considerar y tener presente la influencia e importancia de lo socioambiental” (Fernández & Sánchez, 2003).

⁴¹ La mayor prevalencia de las enfermedades mentales en círculos de pobreza, puede explicarse por la acumulación de causas de dichos trastornos, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza (OMS, 2001).

⁴² “Los individuos pueden estar predispuestos a trastornos debido a su situación social. Aquellos que los padecen pueden sufrir aún más privaciones como consecuencia de su enfermedad. Si no existe un apoyo social suficiente, empobrecen con rapidez” (OMS, 2001).

tenían mayor probabilidad de contraer síntomas depresivos que personas con empleo⁴³. A su vez, Macionis (citado en Mendoza, 2009), “observó la correlación entre pérdida del trabajo y recesión económica, con el suicidio y la hospitalización por trastornos psiquiátricos”.

“En el mismo sentido, varios estudios han revelado la existencia de una asociación significativa entre la prevalencia de trastornos mentales comunes y el bajo nivel educacional” (Patel y Kleinman, 2003), el cual dificulta el acceso a fuentes de trabajo calificadas y aumenta la vulnerabilidad e inseguridad, contribuyendo al mantenimiento de un capital social disminuido⁴⁴. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza (OMS, 2004).

“Es así que los conceptos de salud y de calidad de vida⁴⁵ aparecen en la literatura especializada cada vez más interrelacionados” (Fernández Castrillo, 2009). La misma autora agrega que, “el surgimiento de un nuevo orden de desigualdades como consecuencia del desarrollo tecnológico, de las leyes de regulación, del intercambio económico y sujeto a factores demográficos, de organización del trabajo, de urbanización, de modas y nuevas necesidades de consumo han afectado la calidad de vida de las poblaciones e introducido nuevas vulnerabilidades sociales⁴⁶, lo que significa a su vez nuevos obstáculos en la integración social, en la medida que afecta al bienestar”. Fernández Castrillo (2009), considera que “la dimensión social genera factores de externalidad, en donde el eje no depende estrictamente de los individuos”.

1.3.3 Políticas y recursos en salud mental

A pesar de las enormes consecuencias individuales y colectivas, humanas y sociales, sanitarias y económicas; a pesar del enorme sufrimiento, estigma y discriminación al que cotidianamente están expuestos quienes padecen alguna enfermedad mental, el abordaje y los esfuerzos dirigidos a la SM de las poblaciones no ha sido homogéneo⁴⁷. No obstante, en las últimas décadas se han logrado avances en torno a ello, a partir de la implementación de políticas, programas y planes, que no solo han fortalecido su tratamiento -en sus diversas dimensiones- sino que han permitido concientizar y expandir el conocimiento sobre dicha problemática al resto de la población, quedando sin embargo mucho por realizar aún.

⁴³ Las personas con empleo pero que lo perdieron tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que lo mantienen (Dooley *et al.*, 1994).

⁴⁴ Capital Social disminuido: Hoy día existe una amplia discusión sobre la noción de capital social y sus potencialidades para generar nuevos instrumentos o modalidades de acción orientados a apoyar las políticas sociales, en especial aquellas destinadas a enfrentar los problemas de la pobreza. El debate en curso abarca desde los fundamentos teóricos del concepto en las distintas disciplinas de las ciencias sociales, hasta las cuestiones prácticas relacionadas con su operacionalización y medición. Si bien todavía es prematuro pronunciarse sobre el resultado final del debate, resulta interesante destacar la amplitud de las audiencias y el número de participantes en él, así como el apreciable nivel de la investigación que se está produciendo en los correspondientes campos disciplinarios y profesionales (<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/libros/lcg2194-P.pdf#page=579>)

⁴⁵ Calidad de Vida: Como reflejo y propiedades de un grupo de personas que se hallan insertas en un modelo económico con bases pre-establecidas.

⁴⁶ La Vulnerabilidad Social es definida por atributos que no sólo son propios de un estatus dentro de la estructura social, como puede ser la situación de pobreza, sino a una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar a causa de una configuración negativa de atributos. Se estima a través de Indicadores que resultan de la combinación de atributos tales como edad, género, ocupación, educación, procedencia geográfica, pertenencia a redes sociales, etc (Fernández Castrillo, 2009).

⁴⁷ La legislación referente a la Salud Mental debe codificar y consolidar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales, indispensables para garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes (OMS, 2001).

Según la OMS (2005), hasta el año 2004, poseía alguna política en SM el 62,1% de los países y algún programa el 69,6%⁴⁸ (Fig. 7 y 8).

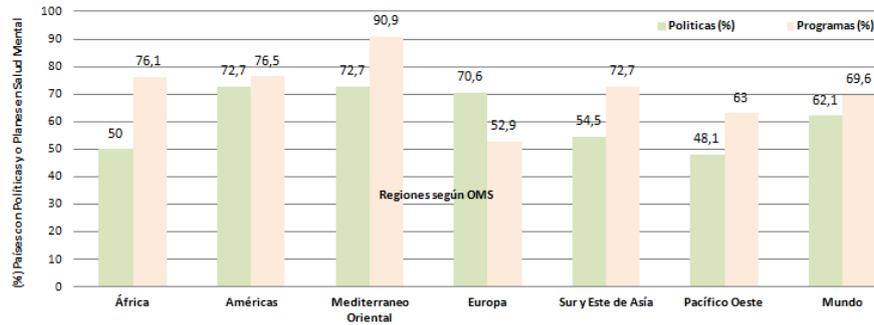


Figura 7. Presencia de políticas y/o programas en salud mental según regiones de la OMS hasta el año 2004.
Fuente: Atlas en salud mental (OMS, 2005).
Elaboración propia.

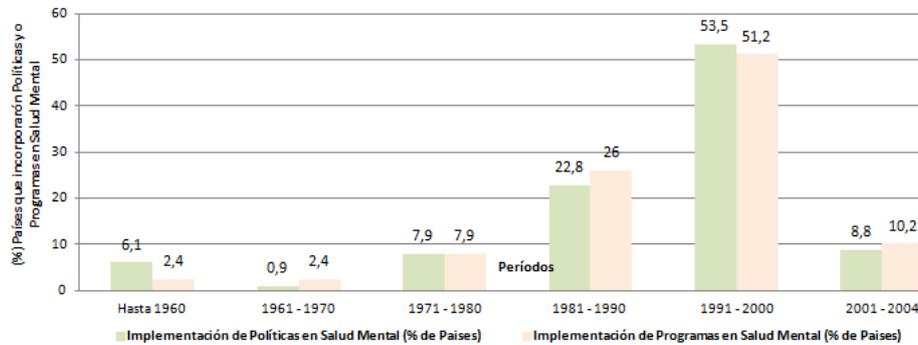


Figura 8. Adopción de políticas y/o programas en salud mental en el mundo hasta el año 2004.
Fuente: Atlas en salud mental (OMS, 2005).
Elaboración propia.

Hasta el año 2000, de 181 países, la tercera parte no poseía presupuesto específico para SM. En el resto, la mitad asignaba a la SM menos del 1% de su presupuesto de salud pública (OMS, 2001). En cuanto a la distribución de recursos en SM -camas, psiquiatras, psicólogos, nurses, trabajadores sociales, entre otros- se puede observar la existencia de marcadas diferencias entre las regiones industrializadas y el tercer mundo (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de recursos en salud mental, según mediana.
Fuente: Atlas en salud mental de la OMS, 2005.
Elaboración propia.

Regiones	Camas / 10.000 hab.	Psiquiatras / 100.000 hab.	Psicólogos / 100.000 hab.	Nurses / 100.000 hab.	Trab. Sociales / 100.000 hab.
África	0,34	0,04	0,2	0,05	0,05
Américas	2,6	2	2,6	2,8	1
Mediterráneo Oriental	1,07	0,95	1,25	0,6	0,4
Europa	8	9,8	24,8	3,1	1,5
Sur y Este de Asia	0,33	0,2	0,1	0,03	0,04
Pacífico Oeste	1,06	0,32	0,5	0,03	0,05
Mundo	1,69	1,2	2	0,6	0,4
	N = 185	N = 187	N = 176	N = 177	N = 161

⁴⁸Casi la quinta parte de la legislación vigente sobre Salud Mental data de más de 40 años, cuando no se disponía aún de la mayoría de los métodos de tratamiento actuales. Los gobiernos han de actualizar su legislación nacional de Salud Mental, procurando que éste en consonancia con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y que aplique los importantes principios y contenidos de la resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (OMS, 2001).

1.3.4 Modelos asistenciales en salud mental

“La atención a personas aquejadas por TMyC ha reflejado siempre el efecto de los valores sociales dominantes en la percepción social de la enfermedad mental⁴⁹ (OMS, 2001).

Dentro de los modelos asistenciales que han hecho frente a dicha problemática podemos destacar un modelo basado esencialmente en la *hospitalización*, sustentado en estadías de mediana y larga duración, en centros asistenciales de amplias estructuras, ubicados en muchos de los casos en áreas periurbanas o rurales. Con el paso del tiempo, se dará una transición hacia un nuevo modelo de atención cuyos pilares descansan sobre una *asistencia comunitaria*, enfocada fundamentalmente en la componente preventiva, no solo en lo que refiere al origen o resurgir de las afecciones sino en lo que concierne a la posibilidad de internación de las personas en un centro hospitalario. Este nuevo enfoque surge desde mediados del siglo XX en paralelo con un nuevo escenario mundial político, económico y social (Greenhill, 1979 citado en Larrobla, 2007), propicio para el inicio de los procesos que influirán decididamente en el pasaje de un modelo hacia otro. Así mismo, avances en la psicofarmacología⁵⁰, el origen de movimientos en pro de los derechos humanos de pacientes⁵¹, la nueva definición de salud adoptada por la OMS⁵² (OMS, 2001), como así el emergente interés en los componentes psicosociales de la morbilidad psiquiátrica y, la fuerte crítica hacia el modelo asilar imperante (Larrobla, 2007), contribuyeron en la emergencia de dichas transformaciones, facilitando el cambio de enfoque⁵³ (OMS, 2001). El desarrollo de un modelo de atención en SM con base en la comunidad capaz de proporcionar nuevas alternativas asistenciales a las brindadas por el modelo asilar tradicional se constituyó como el eje estructurante de las reformas psiquiátricas desarrolladas en distintos países. Según afirma Caldas de Almeida (2007), “varios estudios que comparan la efectividad y los costos de los nuevos modelos de servicios comunitarios con los modelos basados en el hospital psiquiátrico demuestran que cuando se respetan algunos principios como la accesibilidad, disponibilidad permanente, coordinación, equidad, autonomía y empoderamiento de los usuarios, estos mejoran la relación costo-efectividad y por lo general son preferidos por pacientes y familiares⁵⁴”. Sin embargo, hasta el año 2000, el 38% de los países no contaba con servicios comunitarios (OMS, 2001).

⁴⁹ Así, cada época ha tratado de distinto modo a los enfermos mentales: sociedades que les atribuían un papel de intermediarios respecto a los dioses y los muertos, ámbitos en donde fueron maltratados y quemados en hogueras. Fueron también explorados como objetos científicos, reclusos en grandes instituciones y atendidos e integrados en sus respectivas comunidades” (OMS, 2001).

⁵⁰ La Psicofarmacología hizo progresos importantes -nuevos tipos de medicamentos, en particular Neurolépticos y Antidepresivos- (OMS, 2001).

⁵¹ Dicho movimiento llegó a ser un fenómeno verdaderamente internacional bajo el patrocinio de la recién creada Organización de las Naciones Unidas (OMS, 2001).

⁵² Que amplió el espectro de enfoques concerniente a ella a partir de su concepción como un Estado de Bienestar....

⁵³ Los fallos de los manicomios se evidencian en los repetidos casos de maltrato a los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y su personal, los deficientes sistemas de notificación y contabilidad, la mala gestión, la administración ineficaz, entre otros. Al mismo tiempo, las condiciones de vida en hospitales psiquiátricos de todo el mundo dejan mucho que desear (OMS, 2001).

⁵⁴ Sin embargo, la implementación de estos servicios no se ha efectuado con el ritmo deseado, principalmente por falta de recursos, insuficiencias de medios de planeamiento y limitado apoyo político.

1.4 La salud mental en el Uruguay: un breve recorrido para su comprensión

El tratamiento de personas con enfermedades mentales, en el Uruguay, se remonta a la época Colonial. Quienes padecían, vagaban por las calles, vivían de la mendicidad y eran reclusos en prisión al cometer actos antisociales⁵⁵, forma que no difería de la planteada en el resto del mundo (Vidal, 1990, citado en Casarotti, 2007).

Si bien desde 1788, se cuenta en Montevideo con el hospital de Caridad⁵⁶ (Jaureguy, 1952), recién en 1817 existirán algunos espacios dedicados a dichos pacientes (Ardao, 1962, citado en Casarotti, 2007)⁵⁷.

Pero será a partir de la segunda mitad del siglo XIX que realmente se iniciará la actividad en psiquiatría en el país, la cual hasta entonces se vinculaba con prácticas forenses (Porciúncula & Wilhelm, 1996)⁵⁸. A partir de allí, el camino transcurrido se ha caracterizado por una cadena de hechos que han contribuido en la superación asistencial en torno a dicha problemática (Fig. 9).

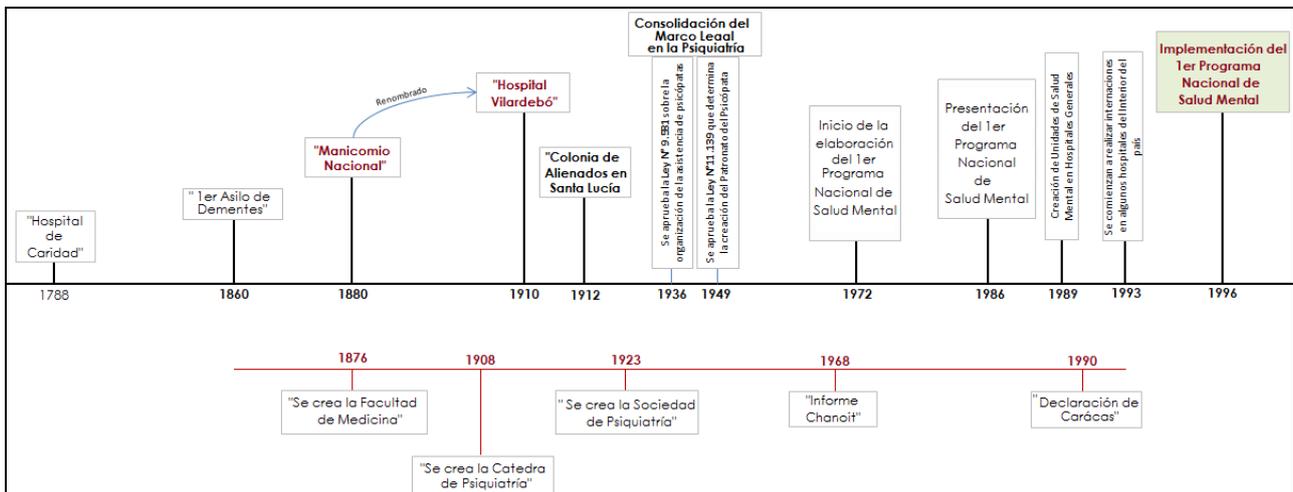


Figura 9. Evolución de la salud mental en el Uruguay.
Fuentes diversas. Elaboración propia.

La construcción de cimientos se desarrollará esencialmente desde tres dimensiones (Fig.10).

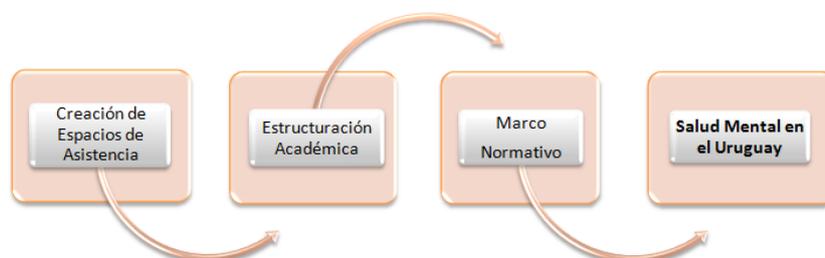


Figura 10. Dimensiones que cimentaron la salud mental en el Uruguay.
Elaboración propia.

⁵⁵ Los etiquetados como "locos" eran marginados por la sociedad, siendo reclusos en los calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con personas comunes; las mujeres eran a veces enclaustradas en las celdas del Convento de San Francisco (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁵⁶ Hospital de Caridad, luego Hospital Maciel (http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_73_sigloXIX.pdf).

⁵⁷ En 1858 se dispondrá de 40 camas (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁵⁸ Momento que coincide con el fin de la Guerra Grande en donde, el desarrollo técnico de la psiquiatría se halla vinculado a la llegada de médicos arribados al Río de la Plata en los navíos de las escuadras francesa e inglesa (Casarotti, 2007).

La *primera* dimensión, vinculada a la apertura de espacios asistenciales -internación, etc. - para hacer frente a la creciente demanda imperante. En así que, en 1860, se crea para un cuarto de millón de habitantes el primer Asilo de Dementes⁵⁹ (Casarotti, 2007), con 28 internados (Porciúncula & Wilhelm, 1996), llegando a 348 pacientes en 1879, representando la primer concentración significativa de enfermos mentales (Ginés, *et al.*, 2005). En 1880, duplicada la población (Casarotti, 2007), se inaugura el Manicomio Nacional⁶⁰ -denominado hospital Vilardebó a partir de 1910 (Gorlero, 1980)-, el cual habiendo sido previsto para 700 camas, albergará a 1.500 personas en la primer década del siglo XX (Ginés, *et al.*, 2005). En la misma coyuntura, “en 1912 se crea un espacio asistencial de tipo colonia agrícola como una primera forma de comunidad terapéutica” (Casarotti, 2007), ubicada en el departamento de San José, denominada Colonia de Alienados^{61,62y63} (Arduino & Ginés, 2002). Localizada a 70km de la capital, “la misma fue destinada a pacientes crónicos, sin recursos y sin adecuado apoyo familiar, llegando a albergar hasta 2.300 personas” (Porciúncula & Wilhelm, 1996). Dichas estructuras asistenciales se concentraban hacia la capital y sobre zonas rurales aledañas, conformando un modelo de atención centralizado.

La *segunda* dimensión, hace referencia al origen de espacios académicos. La creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la Republica en 1908⁶⁴ y el origen de la Sociedad de Psiquiatría en 1923⁶⁵, -estructuras docente-científicas que funcionaron dentro del hospital Vilardebó-, serán un factor relevante en el desarrollo de la Psiquiatría Nacional (Casarotti, 2007)⁶⁶, consolidando su pensamiento (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

Ambas dimensiones, junto a un modelo asistencial que privilegiaba la hospitalización^{67y68}, serán pilares en el abordaje de la SM por varias décadas, si bien desde la década del 40'comenzarán a introducirse más frecuentemente como parte de los tratamientos, actividades de rehabilitación y laborterapia en conjunto con avances producidos en la farmacología⁶⁹.

⁵⁹ En ese período la mayoría de los pacientes eran emigrantes provenientes del medio rural. Los diagnósticos de ingreso muestran porcentajes que no corresponden a trastornos psicóticos: alcoholismo, vagabundaje, abandono familiar, oligofrenia, y otros. La permanencia se medía en años y hasta décadas (Ginés en Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁶⁰ El Ing. Eduardo Canstatt presentó sus planos en 1876, inspirándose en la planta del Asilo Saint Anue, inaugurado en París en 1876. En el momento de su inauguración, el establecimiento fue el mejor de América del Sur, con una superficie total de 15.000 m². Sucesivas ampliaciones aumentaron su capacidad locativa llegando a albergar entre novecientos y mil pacientes. Fue en 1910 que el Manicomio recibe el nombre del Médico Uruguayo Teodoro Miguel Vilardebó (1837-1857) (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁶¹ Un espacio asistencial de tipo Colonia Agrícola como una primera forma de comunidad terapéutica, asociado a la creación de hogares protegidos o sistema de Asistencia Familiar de Alienados (Casarotti, 2007). Hoy la conocemos como Colonia Dr. Bernardo Etchepare, a la que se halla contigua la Colonia Dr. Santín Carlos Rossi.

⁶² Alienados de Alienar: Quitar o causar la pérdida de la personalidad, la identidad o las ideas propias de una persona o de un colectivo: por ejemplo, *las civilizaciones europeas alienaron la cultura de las tribus indígenas*.

⁶³ En este enorme predio, los pacientes crónicos trabajaban la tierra abasteciendo con su producción a varios Hospitales de Montevideo, en una concepción de Laborterapia y Rehabilitación Interinstitucional (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁶⁴ Con su creación, se daría el inicio de aplicar trato humano y terapéutico a los pacientes (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁶⁵ La actividad de la Sociedad de Psiquiatría quedó registrada en su revista, iniciada en 1929, aún vigente (Vidal, 1996 en Casarotti, 2007).

⁶⁶ Los catedráticos de Psiquiatría de este período se formaron o completaron su formación asistiendo a las principales clínicas europeas y participaron de un pensamiento psiquiátrico francés de carácter vitalista (Casarotti, 2007).

⁶⁷ La esencia de la práctica Psiquiátrica está ligada, desde mediados del siglo XVII, con la existencia del asilo, del hospital psiquiátrico o Manicomio. El poder manicomial estuvo sustentado por el poder político y cultural del momento (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁶⁸ El Manicomio Nacional -luego Hospital Vilardebó- en Montevideo y la Colonia de Alienados en Santa Lucía, fueron los dos centros de reclusión de enfermos mentales graves del Novecientos (Barrán, 1995).

⁶⁹ Avances en la Farmacología: Comenzaron a utilizarse neurolépticos, permitiendo el abordaje psicoterapéutico y el tratamiento ambulatorio, acortando a la vez el tiempo de internación (Pastorino, 1999).

La *tercera* dimensión, se refiere a los aspectos normativos de la atención psiquiátrica en el país. Es así que las décadas del 30' y del 40' representan -en ese sentido- instancias fundamentales. En 1936 se aprueba la ley N° 9.581⁷⁰ que trata sobre la organización de la Asistencia de Psicópatas. En tanto, en 1949 se aprueba la ley N° 11.139⁷¹, la cual crea al Patronato del Psicópata, aún vigente, como institución que protegerá a quienes sufren alguna enfermedad mental, entre otras misiones.

No obstante, el modelo de estadías prolongadas en el cual los centros de internación constituían el sistema asistencial comenzará a ser observado de una forma más aguda. “Posterior a la 2° Guerra Mundial se genera un movimiento de crítica al *Manicomio*, al mismo tiempo que comenzó a cuestionarse a la enfermedad como problema sólo del paciente y su médico, y a pensarse en las responsabilidades de la familia del paciente y de toda la comunidad frente a la emergencia de la locura” (Bentancur *et al.*, 1990, citado en Pastorino 1999).

Tanto a nivel internacional como a nivel nacional, a partir de movimientos en diferentes áreas de la sociedad, preocupados por las condiciones de existencia de los enfermos mentales, se desarrollan acciones orientadas esencialmente a la superación del modelo asilar imperante, por otro de carácter descentralizado y comunitario⁷². “Paulatinamente el acento dejó de ser puesto en el hospital psiquiátrico y comenzó a trascenderlo, desplazándose hacia la sociedad” (Pastorino, 1999). Esta evolución también se daba a nivel internacional: Inglaterra, Italia y EUA son algunos ejemplos de ello si bien sus procesos y transformaciones difieren sustancialmente^{73y74}. A su vez, en el resto de Latinoamérica, coyunturalmente, se inician debates para modificar por un lado los modelos asistenciales y por otro las leyes que los sustentan (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

Los mismos autores agregan que, “desde diferentes situaciones políticas, económicas y sociales han existido intentos serios de reforma en la asistencia psiquiátrica”, ocurriendo también el surgimiento de grupos en defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes psiquiátricos en la búsqueda de mecanismos reparatorios de su condición de persona y ciudadano y como una reivindicación frente a su histórica marginación”.

⁷⁰ Ley N° 9.581 del 24 de Agosto de 1936 que en su Artículo 1° expresa - Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido -en su domicilio privado o en otra casa particular- , en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten (<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=>).

⁷¹ Ley N° 11.139 del 17 de Enero de 1949 que en su Artículo 1° expresa que - Créase el "Patronato del Psicópata", cuyas finalidades serán las siguientes: Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos, etc.- (<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=11139&Anchor=>).

⁷² La calidad de la internación y del asilo fue en general muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas (Giné *et al.* 2005).

⁷³ En Inglaterra, el movimiento anti psiquiátrico es liderado por R. Cooper, R. Laing, M. Jones y otros. En Italia, F. Basaglia quien ya desde años anteriores venía planteando modificaciones al modelo asistencial, difundiendo sus ideas renovadoras sobre la enfermedad mental y la violencia del manicomio, que culminan en el año 1978 con la aprobación de la Ley 180 que reformó el modelo imperante. Esto se logró con la unión de los parlamentos comunistas y demócrata-cristianos, conocido como el modelo Trieste. En los Estados Unidos, el proceso de desinstitutionalización tuvo otras características ya que existía un claro sustento ideológico. Los fondos destinados a los pacientes psiquiátricos fueron reducidos sensiblemente dándose de alta a numerosos pacientes, sin crearse sistemas de asistencia alternativos en la comunidad. Se logró el objetivo político-económico de disminuir el número de pacientes internados y los gastos; se dejaron por otro lado miles de pacientes psicóticos que fueron por las calles sin tratamiento ni protección adecuada (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

⁷⁴ Surgen así, grupos de defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes psiquiátricos, mecanismo reparatorio de su condición de persona y ciudadano y como una reivindicación frente a la histórica marginación (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

En nuestro país, dos hechos contribuyeron sustancialmente en la sustitución del modelo asilar tradicional por el emergente comunitario: el primero, vinculado a un informe sobre la SM en el Uruguay llevado a cabo por el Dr. Pierre Chanoit -consultor de la OPS- en 1966, quien en relación a la situación de la SM en el sector público expresó:

“(...) El Ministerio de Salud Pública -MSP- con escasísimo presupuesto y una ineficiente planificación ofrece servicios muy deficitarios a una población de pacientes que va en alarmante aumento. La inexistencia de datos oficiales, no ha hecho más que mantener oculta ésta situación que sólo se valoriza en su real dimensión cuando los trabajadores de los centros asistenciales realizan denuncias públicamente. Desde el punto de vista epidemiológico también existe una carencia notoria de datos precisos. La promoción y prevención casi no existen. La relación entre el número de pacientes y el personal de salud es inadecuada en casi todos los centros (...)” (Pastorino, 1999).

El segundo, partiendo de una realidad que en ese entonces mostraba una población asilada de 4.045 personas, representando el 31% de las camas del MSP disponibles (Porciúncula & Wilhelm, 1996).

Ambos acontecimientos fueron decisivos para comenzar a concebir la creación e implementación de un Programa Nacional de Salud Mental -PNSM-.

Si bien algunos esbozos se produjeron a inicios de los 70⁷⁵, la instauración en el país de un régimen dictatorial entre 1973 y 1985, cercenó toda iniciativa⁷⁶. No obstante, como señala Casarotti (2007), “en dicho periodo se produjeron ciertos cambios en la atención psiquiátrica⁷⁷”.

Superada esa larga noche que duró casi 12 años, y ante las urgentes necesidades que presentaba el país en materia de SM, en 1986 nace el PNSM. En su materialización tuvieron mucho que ver la movilización que nucleó a todos los sectores involucrados en la SM⁷⁸ desde los primeros años de la década del 80’ y el documento presentado por la Sociedad de Psiquiatría, “Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio”, presentado en 1984, el cual constituyó un aporte programático relevante para la construcción de dicho programa y en la orientación de los cambios (Gines *et al.*, 2005). “Dicho PNSM demostró integrar concepciones y lineamientos muy avanzados en cuanto a la planificación estratégica en SM al recoger diversos aspectos de la Declaración de Alma-Ata⁷⁹ del año 1978: descentralización, coordinación, primarización de la asistencia, participación de la comunidad, interdisciplinaria e intersectorialidad” (Pastorino, 1999).

⁷⁵ Según Porciúncula & Wilhelm (1996): “(...) En el Uruguay en 1972 se elabora (...)”.

⁷⁶ Consecuencia del Régimen Dictatorial -1973-1985- en el Sistema de Salud del Uruguay: “El estado realizó una escasísima inversión de tipo social en salud, educación, vivienda, etc., en favor de una asistencia directa al sector financiero. En el área de la salud, se incentivó la privatización de la asistencia médica. El sistema asistencial se fue deteriorando paulatinamente hasta entrar en crisis y la Salud Mental sufrió el deterioro general de dicho sistema pero con particulares agravantes, por ser un área en la que las condiciones sociales inciden muy especialmente (Extracto de Folleto de la Sociedad de Psiquiatría en Pastorino, 1999).

⁷⁷ “Se extendió al interior del país la asistencia con la creación de servicios de hospitalización y la radicación de psiquiatras en algunos departamentos. En Montevideo se disminuyó la población de pacientes hospitalizados y se abrieron simultáneamente servicios de Salud Mental de atención externa; luego se intentó cerrar el Hospital Vilardebó y abrir otro Hospital en el área suburbana. Con relación a la asistencia privada se decretó la obligación de las Instituciones de Atención Médica Colectiva -IAMC- de cubrir la hospitalización psiquiátrica. El análisis crítico que de estos y otros cambios realizó en 1984 una comisión de la Sociedad de Psiquiatría, constituyó la base programática del PNSM aprobado en 1986 por el MSP” (Casarotti, 2007).

⁷⁸ Participaron en dicho movimiento los servicios docente asistenciales de la Universidad de la República, las sociedades científicas y gremiales y los servicios del MSP de Psiquiatría y Salud Mental junto a los agrupamientos de la sociedad civil, en especial de familiares de pacientes, quienes tuvieron un rol muy destacado (Gines *et al.* 2005).

⁷⁹ Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en la URSS entre el 6 y el 12 de setiembre de 1978 (http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). “Salud para todos en el año 2000” fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño (http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm).

Las transformaciones asistenciales que se produjeron, comprendieron en primera instancia la creación de unidades de SM en hospitales generales⁸⁰ a partir de 1989, la residencia en psiquiatría y el embrión de una red de servicios (Ginés *et al.*, 2005). En dicha coyuntura, un hecho que fortaleció la consolidación de los emergentes cambios asistenciales lo constituyó la Declaración de Caracas de 1990 durante la Conferencia sobre la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina, al proponer integrar en la atención primaria y en los sistemas locales de salud la atención de la SM ” (Roses Periago, 2005).

Un hito que permitirá profundizar los cambios emergentes, se dará a partir del año 1996, cuando la Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-, despliega 34 Equipos Comunitarios de Salud mental -ECSM- en todo el territorio, 11 en Montevideo y 23 en el resto del país, entre otros servicios que complementan dichas políticas⁸¹ (Ginés *et al.*, 2005). “En el año 2002 todos los departamentos contaban con al menos un ECSM” (Romano *et al.*, 2007). Hacia finales del año 2008, el número de ECSM había ascendido a 41, 14 en Montevideo -con 13 centros de atención para mayores de 15 años⁸²- y 27 en el interior del país (Dirección de salud mental, 2009) (Fig. 11 y 12) (Detalles en Anexo I).

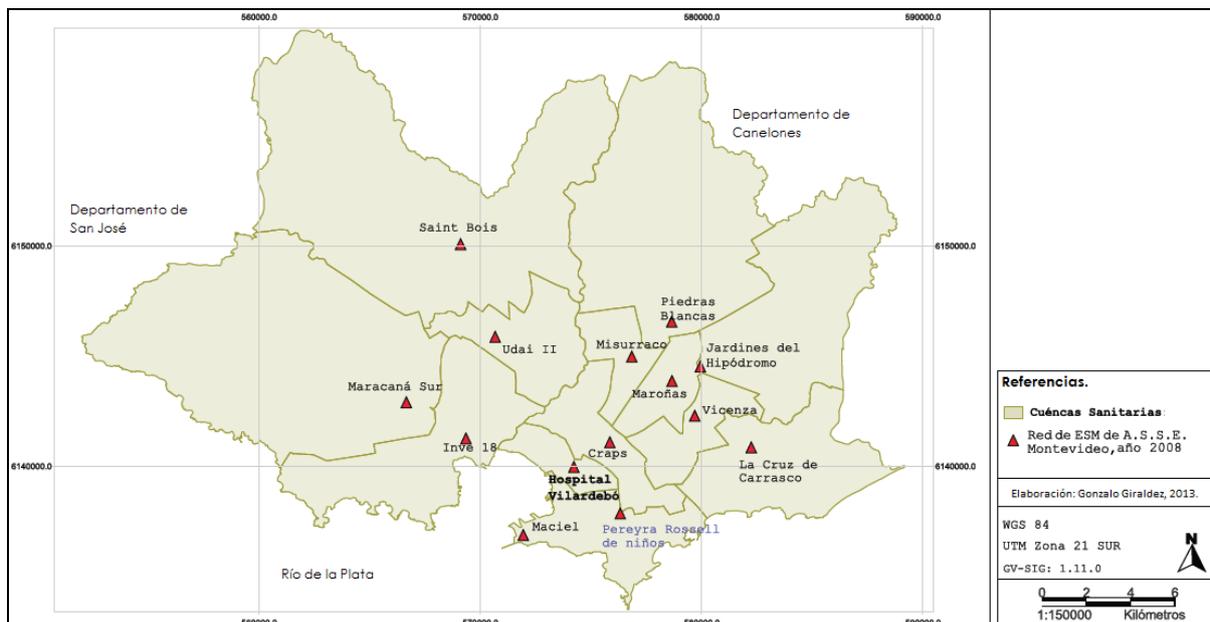


Figura 11. Red de equipos de salud mental de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo a finales del año 2008.

Fuente: Romano *et al.* 2007 y Dirección de salud mental, 2009.

Elaboración propia.

⁸⁰ La creación de espacios específicos para el tratamiento de la Salud Mental en Hospitales Generales, permite integrar todas las dimensiones de la salud en su ámbito primario natural de tratamiento y rehabilitación.

⁸¹ Debe sumarse a ellos el Programa Universitario APEX en la zona del Cerro, los equipos de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Psicología y los Centros de la Intendencia Municipal de Montevideo; también debe considerarse, hacia adelante, las potencialidades de las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas -IAMC- (Ginés *et al.*, 2005).

⁸² Dos equipos realizan tareas específicas y no tienen consulta general el Equipo de Drogodependencia del Hospital Maciel y el Centro Diurno Sayago (rehabilitación psicossocial) (Romano *et al.*, 2007). Se incorpora hacia finales del 2008 el ECSM Maracaná Sur en la región Oeste de Montevideo (Dirección de salud mental, 2009).

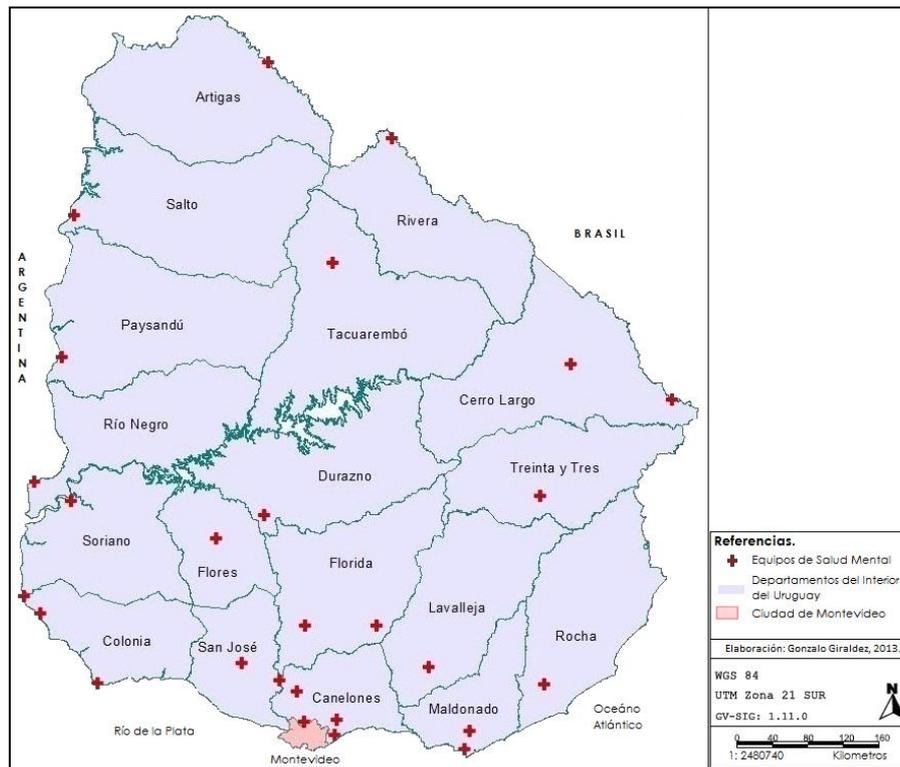


Figura 12. Red de equipos de salud mental de ASSE inserta en el interior del país a finales del año 2008.
Fuente: Romano et al., 2007 y Dirección de salud mental, 2009.

Elaboración propia.

La descentralización de la atención psiquiátrica representó no solo la desconcentración de recursos sanitarios sino transitar hacia una asistencia universal, reduciendo los vacíos sanitarios. Este nuevo modelo de intervención comunitaria permite al usuario participar de una cadena asistencial con mayor retorno a la sociedad a partir de la acción de equipos interdisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, nurses, etc. que pueden responder más integralmente a sus necesidades (Giraldez, 2009). No obstante, “la situación de cada ECSM es particular y obedece a factores de la lógica intrínseca y funcional que el territorio ofrece, en lo físico y en lo social como así de las posibilidades que el mismo equipo posea de responder a la demanda de consultas de la población” (Giraldez & Hernández, 2009). Una de las características más estructurantes del modelo asistencial comunitario es la asignación de áreas de influencia o cuencas sanitarias -CS- para cada ECSM. Estas pueden ser estimadas a partir de perfiles epidemiológicos, demográficos o socioeconómicos de la población, y también considerando aspectos físicos del territorio, permitiendo conocer a priori, no solo la potencial población demandante de atención sino sus características, aspectos de enorme valor en la PS, en favor de la correcta asignación de recursos⁸³, en pos de una eficiente prevención y atención.

⁸³ “La asistencia en salud mental regionalizada o sectorizada de acuerdo a factores políticos, administrativos, de accesibilidad, recursos disponibles y densidad, necesidades y características de la población, etc. comenzó a aplicarse en algunos países con buenos resultados, apareciendo la acción descentralizada como la única forma de poder llevar adelante programas de salud mental con características de este tipo” (Pastorino, 1999).

En 2005, la población asilada en el sector público alcanzaba a 900 personas -menos de la quinta parte de mediados de siglo y menos de la cuarta parte que en la década del 70'-; “el tiempo de internación había descendido de meses o años a promedios de entre 20 y 35 días” (Ginés *et al.*, 2005) y hacía el año 2008, los ECSM asistían a más de 280.000 consultas anuales, de las cuales el 55% eran efectivizadas en el interior del país (Fig. 13) (Dirección de salud mental, 2009).

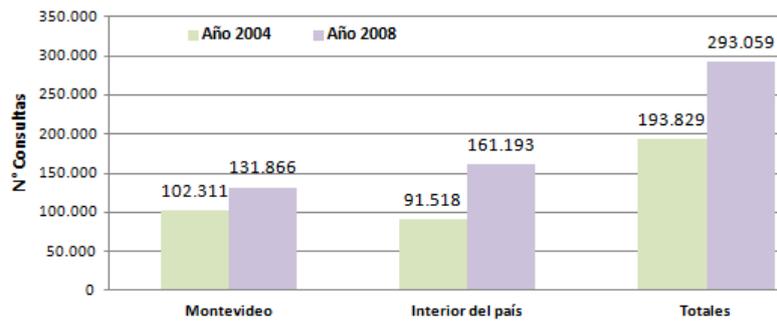


Figura 13. Evolución de consultas efectuadas en la red de ECSM de ASSE, período 2004-2008.
Fuente: Dirección de salud mental, 2009.
Elaboración propia.

1.4.1 El hospital Vilardebó y la atención en salud mental

Habiendo nacido en 1880 como Manicomio Nacional y re-bautizado en 1910 con el nombre actual, el hospital Vilardebó ocupa en el modelo de atención a la SM en el Uruguay, un papel de enorme relevancia, por ser el único hospital de referencia nacional en la especialidad desde el año 1996 y por ser de carácter público (Fig. 14).



Figura 14. Hospital Vilardebó.

Se halla ubicado en la región Centro-Sur de Montevideo, en el barrio Reducto, sobre la avenida Millán y muy cercano a otras vías de circulación importantes como Bulevar Artigas, General Flores y Avenida Agraciada, lo que le otorga facilidad de accesibilidad (Giraldez, 2009). Cuenta con una dotación de 310 camas, lo que representa casi un sexto de su histórica locación. Conformado por un sector para hombres y un sector para mujeres, su ocupación nunca es menor al 94%, si bien un 40%

de sus camas -o más aún- se hallan ocupadas permanentemente con población que posee características Judiciales⁸⁴ (Departamento de Estadística del hospital Vilardebò, 2011). Dicha situación afecta las posibilidades de internación de pacientes agudos e introduce complejidad sobre su dinámica asistencial. *Observar ciertos datos puede contribuir en una mejor comprensión sobre su funcionalidad* (Tablas 4 y 5) y (Fig. 15 y 16).

Tabla 4. Internaciones efectuadas en el hospital Vilardebò, período 2002-2008.
Fuente: Departamento de Estadística del hospital Vilardebò, 2011.

	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008
Internaciones	2228	2026	2051	2175	2219	2148	1938
Promedio Mensual	186	169	171	181	185	179	162

Tabla 5. Porcentaje de internaciones según ingresos primarios y reingresos, período 2002-2008.
Fuente: Departamento de Estadística del hospital Vilardebò, 2011.

	Internaciones				
	Ingresos Primarios	Reingresos	Total	% Ingresos Primarios	% Reingresos
Año 2002	846	1382	2228	38,0	62,0
Año 2003	715	1311	2026	35,4	64,6
Año 2004	813	1238	2051	39,6	60,4
Año 2005	803	1372	2175	37,0	63,0
Año 2006	762	1457	2219	34,4	65,6
Año 2007	769	1379	2148	35,8	64,2
Año 2008	692	1246	1938	35,7	64,3

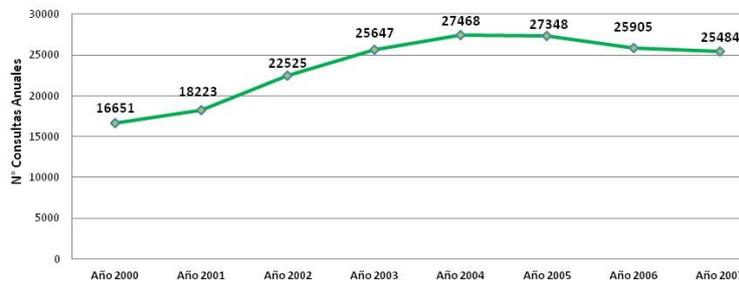


Figura 15. Consultas efectuadas en la policlínica del hospital Vilardebò, período 2000-2007.
Fuente: Departamento de Estadística del hospital Vilardebò, 2011.

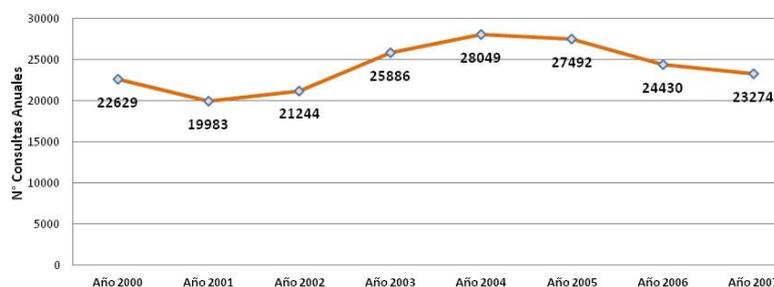


Figura 16. Consultas efectuadas en puerta de emergencia del hospital Vilardebò, período 2000-2007.
Fuente: Departamento de Estadística del hospital Vilardebò, 2011.

⁸⁴ En ese sentido existen básicamente dos categorías de pacientes judiciales: los que se hallan a Disposición del hospital y su egreso hospitalario depende del alta médica otorgado por el cuerpo de psiquiatras, y los que se hallan a Disposición de un juzgado y que teniendo otorgado el alta médica, su egreso hospitalario depende de una orden judicial enviada al centro asistencial.

Dicho hospital cuenta con un departamento de rehabilitación en el cual se llevan a cabo diferentes actividades terapéuticas⁸⁵.

A su vez, quienes egresan del centro hospitalario son derivados hacia uno de los ECSM insertos en el territorio de acuerdo a su domicilio. De esta manera se intenta dar continuidad asistencial asegurando el seguimiento ambulatorio al haber superado la hospitalización.

A diciembre de 2008⁸⁶, la población que se asistía en el sector público superaba el millón de personas (Tabla 6), significando aproximadamente 2,6 camas / 10.000 habitantes⁸⁷, de allí lo relevante de que el PNSM y sus objetivos sean fortalecidos de forma continua.

Tabla 6. Cobertura médica de la población según prestador de servicios.
Fuente: ASSE, 2009. A un año de la puesta en marcha del Sistema nacional integrado de salud -SNIS-.

	ASSE	IAMC	Seguros Privados	Sanidad Militar y Policial	Total Usuarios
N° Personas	1.192.580	1.806.750	74.789	250.000	3.324.119
Porcentaje	35,8				

1.5 Las universales necesidades de integración de enfoques en salud mental

Cooper (1985), ya había señalado “que los problemas en salud mental entre la población general habían cobrado una importancia creciente”⁸⁸. Harris & Harris (1987), poco después, expresaban que “desde la psiquiatría y la epidemiología, se reconocía la necesidad de ampliar la perspectiva de abordaje de los problemas en SM⁸⁹. Según Ginés *et al.* (2007), “la incorporación de metodología científica supone un cambio de mentalidad y la creación de nuevos estilos de trabajo colectivo”⁹⁰.

En ese sentido, la Geografía de la salud, de origen reciente, puede contribuir conceptual y metodológicamente, constituyéndose como una nueva razón sobre un complejo relevante en la vida y desarrollo de las poblaciones, el que vincula las experiencias de salud y enfermedad con las experiencias de habitar, en este caso, orientada a la SM de las poblaciones.

Todo ello supone profundizar en dicha problemática desde lo interdisciplinario. Es lo que Ramírez de Mingo (1992), describe como algo más que un método o una técnica, y que permite obtener una visión más global de las cuestiones humanas y sociales, haciendo posible una planificación conjunta

⁸⁵ Huerta Orgánica, música, pintura, informática, entre otras actividades.

⁸⁶ SNIS: Con la entrada en vigencia de la ley 18.211 desde el 1° de Enero de 2008, se crean El Sistema Nacional Integrado de Salud, El Seguro Nacional de Salud y La Junta Nacional de Salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud se halla asentado en dos principios rectores: el aporte de la población según Ingresos y el pago a las Instituciones prestadoras de salud de acuerdo a los costos de atención de la población usuaria en función de sus características demográficas, edad y sexo (http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf).

⁸⁷ 2,6 camas / 10.000 habitantes es el mismo número para las Américas según la OMS, 2001 (Ver Tabla 3). No olvidar de todos modos que se atiende a personas mayores de 14 años.

⁸⁸ Reconociendo como una preocupación de salud pública: el alcoholismo crónico, la esquizofrenia, la demencia senil, el retraso mental severo y la enfermedad depresiva (Cooper, 1985).

⁸⁹ La posibilidad del estudio epidemiológico se ha fundamentado en explicaciones socioculturales como los eventos de vida (problemas, pérdida, peligro o posibilidad de solución), considerados como desencadenantes o precipitantes de la enfermedad mental” (Harris, 1987).

⁹⁰ “La necesidad de incorporar metodología científica apropiada converge con el notable aporte de Sackett y otros al desarrollo de la Epidemiología Clínica y más adelante la Medicina Basada en Comprobaciones (Ginés *et al.*, 2007).

de trabajo a todos los niveles al integrar los aportes de las diferentes disciplinas (...) ⁹¹. Ander-Egg & Follari (1988) citados en Pastorino (1999), diferencian dos modalidades epistemológicas respecto a los fines de lo interdisciplinario: la primera, la cual comprende el encuentro de un nuevo objeto teórico que surge de disciplinas previas ⁹² y, la segunda, enfocada en la resolución de problemas empíricos complejos por medio de aplicaciones tecnológicas ⁹³. La presente investigación, si bien no descarta el origen y desarrollo de un nuevo objeto conceptual en torno a dicha problemática, navega sustancialmente sobre la segunda modalidad.

1.6 Justificación de la investigación propuesta

- *¿Cómo no hacerlo?...* al observar directa y cotidianamente en el centro hospitalario dicha problemática y, visualizar el permanente compromiso de todos los actores involucrados - autoridades sanitarias, cuerpo médico y técnicos, trabajadores de la salud, gremiales y familiares- en la búsqueda de alternativas en favor de la mejora asistencial para quienes padecen TMyC. Este aspecto se constituyó como un gran y especial factor de motivación para emprender el presente trabajo.
- En segunda instancia, por lo relevante del hospital Vilardebó al tratarse del único en su especialidad y de carácter público. Este hecho por si solo hace necesario que se realicen todos los esfuerzos posibles en pos de la obtención de mayor información asistencial, en favor de la correcta asignación de recursos y prestación de servicios.
- En tercer lugar, por su interés desde y para la PS.
- En cuarto lugar, por su interés desde y para la Geografía de la Salud, como emergente campo de actuación y desarrollo en nuestro país.
- En quinto orden, por haber vislumbrado un vacío de conocimiento -lo que no sólo es a nivel nacional- en lo que refiere al abordaje de la SM desde una perspectiva geográfica como punto de partida, en donde el territorio se transforme en un nuevo *factor de caracterización* que aporte a la explicación sobre dicha problemática.
- En sexto lugar, como contribución al abordaje interdisciplinario.

⁹¹ La misma autora expresa que, “todo trabajo interdisciplinario se caracteriza por la existencia de *espacios o lugares comunes* para estudiar la situación y proponer estrategias a seguir, como así la formación permanente de todos los miembros del equipo y la superación a través de la discusión común de las dificultades para definir los objetos específicos de cada disciplina como así los roles profesionales”.

⁹² Se trata de la construcción de un nuevo objeto teórico, ligado a las disciplinas componentes, a sus respectivas metodologías y conceptualizaciones (...). Podemos señalar 2 características esenciales de esta modalidad de abordaje científico: 1- Sirve como apertura de nuevos campos científicos, nuevos objetos de estudio que cobrarán luego su Autonomía, aún cuando no dejen de relacionarse a las disciplinas de origen. 2- Se trata de interdisciplina a nivel teórico, a nivel de la construcción científica como tal; interdisciplina fundada epistemológicamente como exigencia en el plano del conocimiento y no como respuesta a necesidades tecnológicas (...) (Ander-Egg & Follari (1988) en Pastorino (1999).

⁹³ El mismo autor agrega al respecto: “(...) la interdisciplina surgió como forma de resolver ciertos problemas práctico-concretos (...). Las construcciones teóricas se separan, pero el mundo empírico aparece unido como síntesis de determinaciones múltiples, como expresión concreta de las leyes que teóricamente se hayan establecido desde diversos ámbitos temáticos, y de los aspectos que el conocimiento aún no ha descubierto”(...).

2. HIPOTESIS DE TRABAJO

H1. Los niveles socioeconómicos deprimidos y/o niveles educativos bajos, considerados como indicadores de vulnerabilidad socioterritorial, contribuyen en la identificación de grupos de población en riesgo de padecer algún trastorno mental y/o conductual.

Predicción I. Se espera observar que las desigualdades socioterritoriales contribuyan en caracterizar la distribución espacial de las tasas de ingresos al centro asistencial.

H2. La procedencia de aquellas personas que requieren internación primaria en el centro asistencial, contribuye en caracterizar territorialmente cambios ocurridos en la salud de la población y en posibles necesidades asistenciales emergentes.

Predicción II. Se espera observar que la distribución espacial de las tasas de ingresos al centro asistencial contribuya en explicar la geografía de la Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la dinámica espacial de los ingresos primarios del hospital psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo.

Objetivos Específicos

- I. Describir la población a estudio en función de las dimensiones demográfica, socioeconómica, epidemiológica y asistencial.
- II. Caracterizar espacialmente la población a estudio en función de los barrios de Montevideo.
- III. Analizar Centrográficamente la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, en función de la distribución espacial de la población a estudio.

4. METODOLOGÍA

4.1 Aspectos estructurales de la investigación

Tipo de investigación: exploratoria, descriptiva, relacional y epidemiológica.

Tipo de diseño: cuantitativo, no experimental, longitudinal, estratificado.

Dimensión temporal del estudio: bi-enio 2007 - 2008.

Dimensión espacial del estudio: ciudad de Montevideo⁹⁴ (Fig. 17).

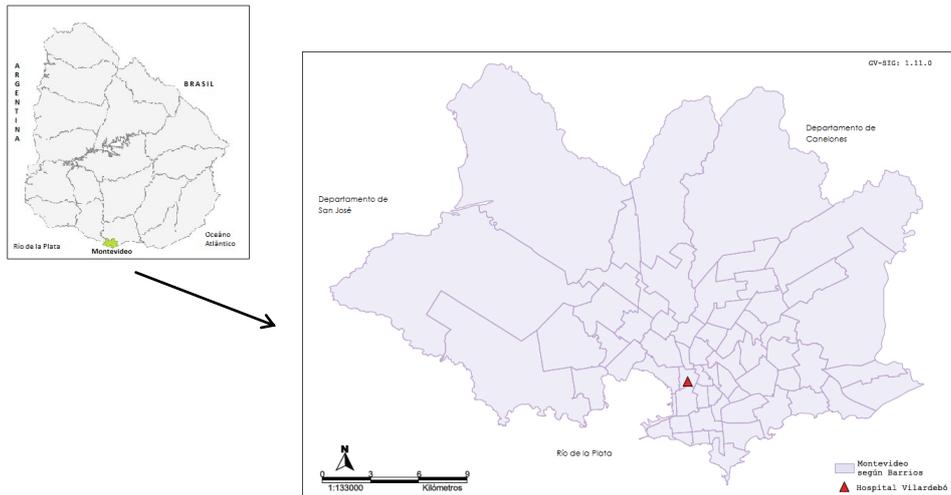


Figura 17. Ciudad de Montevideo, dimensión espacial del estudio.

Unidades espaciales consideradas: para el abordaje del objetivo específico II se trabajó a nivel de la división administrativa *barrio*; en tanto, para el abordaje del objetivo específico III, se trabajó a nivel de *Cuencas Sanitarias -CS-*⁹⁵.

4.2 Determinación del objeto a estudio

Entre los meses de octubre de 2010 y mayo de 2011 se llevaron a cabo una serie de procedimientos que permitieron identificar el grupo poblacional de interés.

Partiendo de la colaboración brindada por el departamento de Registros Médicos y el departamento de Estadística del hospital Vilardebó, se obtuvo información referente a las internaciones que se produjeron en el centro hospitalario durante los años 2007 y 2008. A partir de la misma, se realizaron tres etapas de depuración sobre la información obtenida. La primera, en la cual sólo se consideraron

⁹⁴ Montevideo se halla ubicada al sur del territorio uruguayo sobre las costas del Río de la Plata -latitud Sur 34°53'01'' y longitud Oeste 56°10'55''. Debe su razón al puerto ubicado en su bahía. Limita al Oeste con el departamento de San José y al Norte y al Este con el departamento de Canelones. Posee una superficie de 530 km² -donde aproximadamente el 60% es área rural y el restante 40% área urbanizada o potencialmente urbanizable-. Su máxima elevación es el Cerro de Montevideo, con 132 m de altura. Con aproximadamente el 40% de la población total del país -que representan 1.290.459 habitantes según Censo 2004 Fase I-, es el departamento más pequeño en cuanto a superficie y el que tiene mayor densidad de población, aproximadamente 6.594 hab / KM². Su zona de influencia comprende lo que se conoce como Zona metropolitana de Montevideo.

⁹⁵ El concepto de Cuencas Sanitarias es mencionado por Olivera (1993): "La regionalización o zonificación de los servicios sanitarios, equipamientos y personal, ofrece las ventajas de descentralizar recursos, marcar responsabilidad sanitaria territorializada, facilitar prestación de servicios y permitir su evaluación, con lo que se alcanza mejor gestión y mayor acceso".

los registros pertenecientes a quienes fueron internados en dicho período por vez primera. Se obtuvo así una muestra de 1.461 casos⁹⁶ (Tabla 7).

Tabla 7. Internaciones en el CA durante los años 2007 y 2008.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y departamento de Estadística del hospital Vilardebó, año 2010.
Elaboración propia.

Año	Primarios	Reingresos	Sin clasificar	Totales
2007	769	1.379	-----	2.148
2008	692	1.246	-----	1.938
Totales	1.461	2.625	-----	4.086

En segunda instancia, se solicitaron al departamento de Registros Médicos las historias clínicas -HC- representativas de los 1.461 casos identificados. Su revisión permitió obtener el grupo de personas que, habiendo ingresado por vez primera durante 2007 y 2008, tuviesen a su vez procedencia de Montevideo. Esta muestra secundaria quedó constituida por 930 casos, 470 de 2007 y 460 de 2008⁹⁷ (Tabla 8).

Tabla 8. Ingresos primarios al CA durante los años 2007 y 2008, según procedencia.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y departamento de Estadística del hospital Vilardebó, año 2010.
Elaboración propia.

Año	Montevideo	Interior	Otros	Sin clasificar	Totales
2007	470	238	-----	61	769
2008	460	212	-----	20	692
Totales	930	450	-----	81	1.461

Como paso final, se realizó una nueva revisión de las HC para identificar y verificar los domicilios de los 930 casos considerados. Se utilizó como material complementario, la Guía de calles de Montevideo del año 2008 -tanto en formato papel como digital-, Google Earth versión 2009 y el Sistema de Gestión Asistencial -SGA- del hospital Vilardebó⁹⁸. Esto permitió validar 871 casos de los 930 revisados, 444 de 2007 y 427 de 2008 (Tabla 9).

Tabla 9. Identificación de los domicilios de quienes ingresaron al CA por vez primera durante los años 2007 y 2008 con procedencia de Montevideo.

Elaboración propia.

Año	Si	No	Totales	% de verificados
2007	444	26	470	94,4
2008	427	33	460	92,8
Totales	871	59	930	93,6

Estos 871 casos representaron el objeto a estudio de la presente investigación.

⁹⁶ Las mismas son puestas a revisión y cotejadas con boletas de internación y con la información cargada en el Sistema de Gestión Asistencial -SGA- del centro hospitalario.

⁹⁷ Esta etapa de la investigación también permitió el acercamiento por medio de entrevistas -pactadas y ocasionales- con especialistas y funcionarios del hospital que colaboraron desinteresadamente ayudando a clarificar algunos conceptos sobre la información recabada.

⁹⁸ SGA: Es un sistema informático que permite a los centros asistenciales conectarse en Red -entre otras funciones- y disponer de información durante las 24 hs del día.

4.3 Metodología utilizada para abordar el objetivo específico I

4.3.1 Descripción de la población a estudio

Para caracterizar la población a estudio, se consideraron cuatro dimensiones de información: demográfica⁹⁹, socioeconómica, epidemiológica¹⁰⁰ y asistencial, en función cada una de ellas a partir de un conjunto de variables categorizadas según un nivel de medición y una definición operacional^{101,102y103} (Tabla 10), (Detalles en Anexo II).

Tabla 10. Dimensiones -variables- utilizadas para caracterizar la población a estudio.
Elaboración propia.

Dimensión	Variables consideradas	Nº categorías	Nivel de medición	Observaciones
Demográfica	Sexo	2	Nominal	Para su categorización y sistematización, se consulto variada bibliografía -Lafon & Ronco, (2002); Maruiti et al. (2007); Viola et al. (2008); Fernández (2008); Kawasaki et al. (2010); Londoño et al. (2010); Jansen et al. (2011), entre otros autores-.
	Edad	Rango entre 15 y 82	De razón	
Socioeconómica	Rango etario	5	De razón	La sistematización de dicha información se baso en la "Clasificación Internacional de Enfermedades" -CIE-10 ¹⁰⁴ .
	Nivel educativo	11	Ordinal	
	Actividad laboral	5	Ordinal	
	Contexto de convivencia	6	Nominal	
	Estado civil	9	Nominal	
	Condición de padres	3	Nominal	
Epidemiológica	Ingresos por subsidio	3	Nominal	La sistematización de dicha información se baso en la "Clasificación Internacional de Enfermedades" -CIE-10 ¹⁰⁴ .
	Diagnóstico de egreso en función de los principales grupos de trastornos	11	Ordinal	
Asistencial	Trimestre de internación	8	Ordinal	La sistematización de dicha información se baso en la "Clasificación Internacional de Enfermedades" -CIE-10 ¹⁰⁴ .
	Aspectos judiciales de la población	4	Nominal	

La información sobre cada variable se extrajo a partir de la revisión de las 871 HC ya mencionadas, ingresándose la misma en tablas confeccionadas previamente para facilitar su lectura y análisis.

Así mismo, para cada variable se considero su frecuencia absoluta y porcentaje de presencia en función del año y según el sexo.

⁹⁹ La Demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo. Se encarga de tres partes: 1-La Medición (Cuantificación de eventos poblacionales), 2-La explicación (Análisis de causas de los efectos) y 3-Fenomenología (Explicación de las variables) (<http://www.slideshare.net/jesusarriagac/demografia-vairiables>, Consulta del 20-04-2012).

¹⁰⁰ La Epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas específicas. La epidemiología -que, en sentido estricto, podría denominarse epidemiología humana- ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, e integra los métodos y principios de estas ciencias para estudiar la salud y controlar las enfermedades en grupos humanos bien definidos

¹⁰¹ Derivada del término en latín *variabilis*, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mutable (<http://definicion.de/variable/>, Consulta del 01-04-2012).

¹⁰² Las variables se pueden clasificar en: Nominal: Sus valores sólo se pueden clasificar en clases (o categorías), no se pueden ordenar de pequeño a grande o de menos a más. Ejemplos: sexo, estado civil, profesión, ocupación. Ordinal: Sus valores se pueden clasificar en categorías y se pueden ordenar en jerarquías con respecto a la característica que se evalúa. Ejemplos: nivel socioeconómico, clase social. De intervalo: Sus valores tienen un orden natural, es posible cuantificar la diferencia entre dos valores de intervalo. Generalmente tienen unidad de medida. Una variable de intervalo es discreta cuando sólo puede tomar un valor entero (por ejemplo: número de hijos, veces que se consultó al establecimiento de salud); o bien es continua si puede tomar cualquier valor en un intervalo (por ejemplo: peso, talla.). De proporción: El cero representa la ausencia de la característica que se evalúa. Ej.: costo por atención (http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/epidistancia/contenido/2_escmed.html, Consulta del 05-04-2012).

¹⁰³ Establece las normas y procedimientos que seguirá el investigador para medir las variables. [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/not/not_formulacion_proyectosensalud/clase_6%20\(definicion%20operacional%20de%20variables\).pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/not/not_formulacion_proyectosensalud/clase_6%20(definicion%20operacional%20de%20variables).pdf), Consulta el 08-04-2012).

¹⁰⁴ CIE-10: Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en salud. Es la clasificación central de la OMS. Desarrollada en 1992, publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

En el caso de la variable edad -incluida en la dimensión demográfica- se calculó su promedio, mediana, moda, desviación estándar y rango de amplitud - mínimo y máximo- .

Para observar la variación que experimentaron las variables entre 2007 y 2008 se utilizó la formula:

$$\Delta \text{ variable } z = [(\text{Frecuencia absoluta variable } z \text{ 2008} / \text{Frecuencia absoluta variable } z \text{ 2007}) - 1] * 100$$

4.3.2 Análisis de componentes principales -ACP-

Se realizó un ACP de las variables tratadas en el apartado 4.3.1, en función de:

- Test de Kaiser, Meyer y Olkin -KMO-, que relaciona los coeficientes de correlación del conjunto de variables
- Prueba de Esfericidad de Bartlett

Se excluyeron del análisis aquellos casos en los cuales la categoría “sin información” no era cero. La muestra con la cual se realizó el ACP quedó conformada por 546 casos de los 871 iniciales, representando el 63% del total. Para realizar dicho tratamiento se utilizó el programa SPSS en su versión 20, licencia temporal.

4.3.3 Análisis de correspondencia simple -ACS-

Se realizaron dos análisis de correspondencia simple de acuerdo a las tablas de contingencia:

- Nivel educativo en función de la Actividad laboral
- Principales Grupos de Trastornos en función del Nivel educativo

Se excluyeron del análisis aquellos casos en los cuales la categoría “sin información” no era cero. La muestra con la cual se realizó el ACP quedó conformada por 546 casos de los 871 iniciales, representando el 63% del total. Para realizar dicho tratamiento se utilizó el programa SPSS en su versión 20, licencia temporal.

4.4 Metodología utilizada para abordar el objetivo específico II

4.4.1 Caracterización espacial de la población a estudio

Para llevar a cabo el objetivo referido se tomó en cuenta la unidad espacio-administrativa *barrio*¹⁰⁵ de Montevideo, en función de un ID asignado por el INE (Fig. 18) y (Tabla 11).

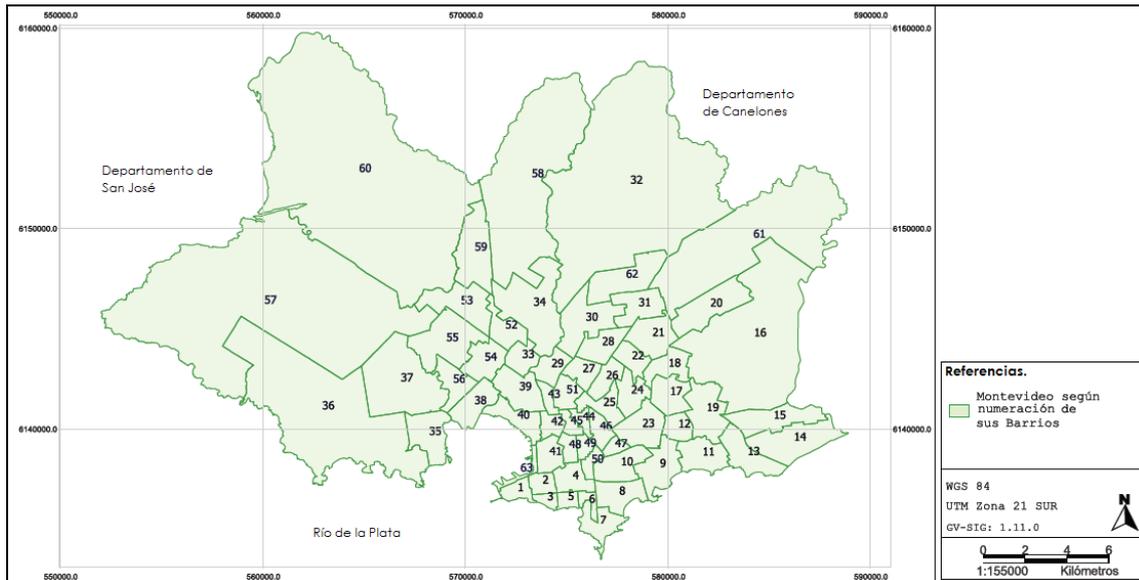


Figura 18. División espacio-administrativa de Montevideo según barrios.

Tabla 11. División espacio-administrativa de Montevideo según barrios.

ID Barrio	Nombre del Barrio	ID Barrio	Nombre del Barrio	ID Barrio	Nombre del Barrio	ID Barrio	Nombre del Barrio
1	Ciudad Vieja	16	Bañados de Carrasco	31	Piedras Blancas	46	Larrañaga
2	Centro	17	Parque Guaraní	32	Manga, Toledo Chico	47	La Blanqueada
3	Barrio Sur	18	Flor de Maroñas	33	Paso de las Duranas	48	Villa Muñoz, Retiro
4	Cordón	19	Las Canteras	34	Peñarol, Lavalleja	49	La Comercial
5	Palermo	20	Punta de Rieles, Bella Italia	35	Cerro	50	Tres Cruces
6	Parque Rodó	21	Jardines del Hipódromo	36	Casabó, Pajas Blancas	51	Brazo Oriental
7	Punta Carretas	22	Ituzaingó	37	La Paloma, Tomkinson	52	Sayago
8	Pocitos	23	Unión	38	La Teja	53	Conciliación
9	Buceo	24	Villa Española	39	Prado, Nueva Savona	54	Belvedere
10	Parque Battle, Villa Dolores	25	Mercado Modelo y Bolívar	40	Capurro, Bella Vista	55	Nuevo París
11	Malvín	26	Castro, Castellanos	41	Aguada	56	Tres Ombúes, Pueblo Victoria
12	Malvín Norte	27	Cerrito	42	Reducto	57	Paso de la Arena
13	Punta Gorda	28	Las Acacias	43	Atahualpa	58	Colón Sureste, Abayubá
14	Carrasco	29	Aires Puros	44	Jacinto Vera	59	Colón Centro y Noroeste
15	Carrasco Norte	30	Casavalle	45	La Figurita	60	Lezica, Melilla
						61	Villa García, Manga Rural
						62	Manga
						63	Puerto

¹⁰⁵ Barrio: Subdivisión administrativa de una ciudad o pueblo, que suele tener identidad propia y cuyos habitantes cuentan con un sentido de pertenencia. Un barrio puede haber nacido por una decisión administrativa de las autoridades, por un desarrollo inmobiliario -por ejemplo, un barrio obrero creado alrededor de una fábrica- o por el simple devenir histórico (<http://definicion.de/barrio/>).

Dicha caracterización se realizó en tres etapas:

- Ila: Determinación de las tasas de ingresos al CA / 10.000 habitantes según barrios de Montevideo
- I Ib: Distribución geográfica de la población en función de los PGT según barrios de Montevideo
- I Ic: Correlación estadística a partir de cotejar las tasas de ingresos halladas en Ila según variables socioeconómicas y educativas

Para su desarrollo se elaboró un sistema de información geográfica en salud mental -SIGSM- a partir de los programas de dominio público GV-SIG 1.11.0¹⁰⁶, QGIS 1.7.4¹⁰⁷ y SIGEPI¹⁰⁸. Estos sistemas poseen como atributo esencial, la visualización, el análisis y salida cartográfica de información georreferenciada en dos formatos, ráster y vectorial.

Para visualizar y conocer la expresión territorial del fenómeno a estudio, se crearon tres archivos vectoriales: Ing_2007, Ing_2008 e Ing_2007_2008, a partir de la digitalización de los domicilios de la población objetivo. Para ello se utilizó y consultó cartografía de base e información complementaria:

- Cartas topográficas K-28 -Los Cerrillos-, K-29 -La Barra-, J-28 -Pando- y J-29 -La Unión- del Servicio Geográfico Militar -en formato ráster- a escala 1:50.000, de Montevideo.
- Archivos de calles, avenidas, ejes, centros comunales, manzanas, barrios y Montevideo según urbano-rural, descargados de la página del servicio de información geográfica de la Intendencia Municipal de Montevideo -en formato vectorial-.
- Imagen referente a Montevideo descargada desde Google Earth, versión libre 2010 -en formato ráster-.
- Guía de calles de Montevideo del año 2008 -tanto en formato papel como digital-
- Información contenida en el SGA del centro asistencial -CA-.

Posteriormente y, a partir del módulo Tabla / Unir de GV-SIG 1.11.0 se asocio a los tres archivos vectoriales creados una tabla con la información demográfica, socioeconómica, epidemiológica y asistencial recabada en el objetivo I.

¹⁰⁶ GV-SIG: Su origen se remonta al año 2004, en el seno del proyecto de migración a software libre de los sistemas informáticos de la Consejería de Infraestructuras y Transporte (CIT) de la comunidad Valenciana. Nace con unos objetivos acordes a las necesidades de la CIT, rápidamente ampliados, fruto por un lado de la naturaleza del software libre -que facilita enormemente la expansión de la tecnología, del conocimiento y establece las bases sobre la que constituir una comunidad- y por otro, la visión de un proyecto y un plan acorde para llevarlo a cabo: <http://www.gvsig.org/web/organization/mision-vision-y-valores>.

¹⁰⁷ QGIS: Quantum GIS (QGIS) es un Sistema de Información Geográfica (SIG) bajo la Licencia Pública General GNU. Es un proyecto oficial de la Open Source Geospatial Foundation (OSGeo). Se ejecuta en Linux, Unix, Mac OSX, Windows y Android y soporta Vectores, Ráster, y formatos de diversas bases de datos y funcionalidades: <http://www.qgis.org/>

¹⁰⁸ SIGEPI: Es un Sistema de Información Geográfica (SIG) diseñado para aplicaciones en Epidemiología y Salud Pública. Ofrece una compilación de técnicas, procedimientos y métodos para el análisis de datos epidemiológicos. Los mismos se presentan de manera simplificada, en un ambiente amigable y en múltiples idiomas. Es un producto desarrollado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte del Proyecto de Cooperación Técnica "Aplicación de los Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología y Salud Pública": <http://ais.paho.org/sigepi/index.asp?xml=software.htm>

4.4.2 Determinación de las tasas de ingresos al centro asistencial / 10.000 habitantes: etapa IIa

Tomando como base los archivos Ing_2007, Ing_2008 e Ing_2007_2008 -creados anteriormente-, se realizó el cálculo de siete indicadores y así describir el fenómeno a estudio desde su componente espacial:

Indicador 1	Definición	Cálculo
Frecuencia absoluta¹⁰⁹ de ingresos según barrios.	Nº veces que sucede un evento en una población en un período sobre una unidad de análisis especificada.	A través del uso del Módulo Sextante Toolbox / Herramientas para capas de polígonos / Contar puntos en Polígonos, del software GV. SIG 1.11.
Indicador 2	Definición	Cálculo
Porcentaje de ingresos según barrios.	Expresan el peso relativo que tiene un suceso respecto a otro que lo incluye	Porcentaje de Ingresos $\frac{M^{(\text{Barrio } i)}}{N^\circ \text{ total de casos del suceso } M} * 100$
Indicador 3	Definición	Cálculo
Tasa¹¹⁰ y ¹¹¹ de ingresos global/ 10.000 habitantes según barrios.	Probabilidad de que ocurra un suceso en una población en un período sobre una unidad de análisis especificada.	TIG $\frac{(\text{Barrio } i)}{10.000} = (N^\circ \text{ ingresos }^{(\text{Barrio } i)} / \text{población }^{(\text{Barrio } i)}) * 10.000.$
Indicador 4	Definición	Cálculo
Tasa de ingresos masculina / 10.000 habitantes según barrios.	Probabilidad de que ocurra un suceso en una población en un período sobre una unidad de análisis especificada.	TIM $\frac{(\text{Barrio } i)}{10.000} = (N^\circ \text{ ingresos masculino }^{(\text{Barrio } i)} / \text{población masculina }^{(\text{Barrio } i)}) * 10.000.$
Indicador 5	Definición	Cálculo
Tasa de ingresos femenina / 10.000 habitantes según barrios.	Probabilidad de que ocurra un suceso en una población en un período sobre una unidad de análisis especificada.	TIF $\frac{(\text{Barrio } i)}{10.000} = (N^\circ \text{ ingresos femenino }^{(\text{Barrio } i)} / \text{población femenina }^{(\text{Barrio } i)}) * 10.000.$
Indicador 6	Definición	Cálculo
Índice compuesto en función del sexo: Razón entre la TIM²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ y la TIF²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios.	Se calcula a partir de comparar dos <i>tasas</i> o dos razones. Da una idea de la existencia de mayor o menor riesgo de una condición.	ICS $\frac{TIM^{2007-2008}(\text{Barrio } i)}{TIF^{2007-2008}(\text{Barrio } i)}$
Indicador 7	Definición	Cálculo
Índice compuesto dinámico: Razón entre la TIG²⁰⁰⁷ y la TIG²⁰⁰⁸ según barrios.	Se calcula a partir de comparar dos <i>tasas</i> o dos razones. Da una idea de la existencia de mayor o menor riesgo de una condición.	ICD $\frac{TIG \text{ año } 2007^{(\text{Barrio } i)}}{TIG \text{ año } 2008^{(\text{Barrio } i)}}$

En los indicadores tres, cuatro y cinco se utilizó la información de población sobre cada barrio recabada desde el Instituto Nacional de Estadística -INE- a partir de los datos oficiales del Censo

¹⁰⁹ Frecuencia absoluta: sugiere magnitud o volumen real de un suceso. Útil para la asignación de recursos (nº mensual de partos en un hospital sugiere nº de camas, personal y recursos físicos necesarios para satisfacer esta demanda). Al efectuar comparaciones, el uso de cifras absolutas tiene limitaciones (<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntro9b.htm>).

¹¹⁰ Tasas: Compuestas por un numerador que expresa la frecuencia con que ocurre un suceso -por ejemplo, 973 muertes por cáncer de mama en 1999 en Chile- y un denominador, dado por la población que está expuesta a tal suceso -7.583.443 mujeres-. De ésta forma se obtiene un cociente que representa la probabilidad matemática de ocurrencia de un suceso en una población y tiempo definido. En el ejemplo, la tasa obtenida estima el riesgo de cada mujer mayor de 30 años en Chile de fallecer de cáncer de mama en el curso de 1991 (<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntro9b.htm>).

¹¹¹ Tasas: Compuestas por un numerador que expresa la frecuencia con que ocurre un suceso -por ejemplo, 973 muertes por cáncer de mama en 1999 en Chile- y un denominador, dado por la población que está expuesta a tal suceso -7.583.443 mujeres-. De ésta forma se obtiene un cociente que representa la probabilidad matemática de ocurrencia de un suceso en una población y tiempo definido. En el ejemplo, la tasa obtenida estima el riesgo de cada mujer mayor de 30 años en Chile de fallecer de cáncer de mama en el curso de 1991 (<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntro9b.htm>).

realizado en el año 2004 en su fase I. A su vez, las tasas mencionadas corresponden a población igual o mayor a 15 años, por ser la edad mínima aceptada para ingresar al centro hospitalario¹¹². La información obtenida en los siete indicadores fue indexada en tres archivos vectoriales: Ing_por_barrios_2007, Ing_por_barrios_2008 e Ing_por_barrios_2007_2008. Esto posibilitó su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

4.4.3 Distribución geográfica de la población según Principales Grupos de Trastornos: etapa IIb

Cabe mencionar que, sobre una misma persona es muy frecuente la influencia de más de una patología -diagnósticos asociados o co-morbilidad-. Sin embargo, dado el carácter exploratorio y descriptivo de la presente investigación y, habiendo constatado que sólo el 35% de los casos presentó más de un diagnóstico en su epidemiología, a los efectos del cumplimiento de dicho objetivo se creyó conveniente sólo considerar el diagnóstico principal de egreso registrado:

Indicador 8	Cálculo
Frecuencia relativa de los PGT según barrios, bi-enio 2007-2008.	Frecuencia relativa ^(GTK según Barrio i) = (N° casos del GTK ^(Barrio i) / Total de casos ^(Barrio i)).

Dicha información se indexó al archivo PGT_2007_2008 -en formato vectorial-. Esto posibilitó su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

4.4.4 Correlación lineal de variables: etapa IIc

Para esta fase de la investigación se realizaron tres correlaciones lineales simples, considerando al igual que en las etapas IIa y IIb, como unidad espacial de análisis y comparación, los barrios de Montevideo. Las variables utilizadas fueron:

- Variable X: Índice de Nivel socioeconómico -INSE-.
- Variable X': Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico.
- Variable Y: TIG^{2007-2008(Barrio)} al CA / 10.000 habitantes -hallada en IIa-

Las correlaciones que se llevaron a cabo fueron: X:Y, X':Y y X: X'.

¹¹² De todas formas cabe mencionar que muy excepcionalmente se autoriza el ingreso de personas entre 14 y 15 años.

4.4.4.1 Correlación i

X = Variable de explicación	Y = Variable dependiente
Índice de Nivel socioeconómico -INSE- para Montevideo.	TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes según barrios de Montevideo.

La serie de datos representativa de la variable de explicación X se construyó en función de información obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada -ENHA- del año 2006 que efectuó el Instituto Nacional de Estadística -INE-, en su capítulo Estratos, el cual establece una estratificación socioeconómica para los barrios de Montevideo en cuatro niveles, asignando el porcentaje de personas y/o hogares incluidos en cada categoría (Tabla 12).

Tabla 12. Variables utilizadas para obtener la estratificación socioeconómica de Montevideo.
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, INE 2006.

Descripción de la Variable	Nombre de la Variable	Códigos / Descripción
Nº barrio	Barrio	
Nombre del barrio	NomBarrio	
Estrato	Estrato	1_Bajo, 2_MedioBajo, 3_MedioAlto, 4_Alto
Sexo	e_26	1_Hombre, 2_Mujer
Edad	e_27	Años cumplidos

Como forma de obtener un único valor representativo de la variable X para cada barrio, se confeccionó un Índice de Nivel socioeconómico -INSE-:

$$\text{INSE (Barrio } i) = [(\% \text{ personas en E1})^{(\text{Barrio } i)} * (-1) + (\% \text{ personas en E2})^{(\text{Barrio } i)} * (-0,5) + (\% \text{ personas en E3})^{(\text{Barrio } i)} * (+0,5) + (\% \text{ personas en E4})^{(\text{Barrio } i)} * (+1)]$$

Este INSE comprendió un rango de valores entre 0 y 4, en donde, valores próximos a 4 estarían indicando condiciones más favorables para la población. Lo opuesto también se cumple.

La información obtenida se indexó al archivo Estratos -en formato vectorial-. Esto permitió su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

Paso seguido, se realizó la *correlación i* entre las variables involucradas X e Y para observar el grado de dependencia y/o explicación entre ambas.

4.4.4.2 Correlación ii

X' = Variable de explicación	Y = Variable dependiente
Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el ciclo básico.	TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes según barrios de Montevideo.

La serie de datos representativa de la variable de explicación X' se construyó en función de información obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada -ENHA- del año 2006 que efectuó el Instituto Nacional de Estadística -INE-, a partir de su capítulo E3:Educación (Tabla 13).

Tabla 13. Variables utilizadas para obtener el porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el ciclo básico.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, INE 2006.

Descripción de la Variable	Nombre de la Variable	Códigos / Descripción	Observaciones
Nº Barrio	Barrio		Para Montevideo
Nombre del Barrio	NomBarrio		Para Montevideo
Sexo	e_26	1_Hombre, 2_Mujer	
Edad	e_27	Años cumplidos	>a 17 años
Asistió alguna vez a un establecimiento de enseñanza	e_51	0_Hoy lo hace 1_Si 2_Nunca asistió	
Nivel y año más alto alcanzado	e_52_1_2	0_Si y siguió 1_Si y no siguió 2_No termino	¿Finalizó Primaria?
	e_52_2_1	< a 3	Años cursados en Secundaria

Dicha variable comprendió un rango de valores entre 0% y 14,1%, en el que, valores próximos a 0% estarían indicando condiciones más favorables para la población en cuanto a la variable tratada. Lo opuesto también se cumple. La información obtenida se indexó al archivo Nivel_educativo -en formato vectorial-. Esto posibilitó su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

Paso seguido, se realizó la *correlación ii* entre las variables involucradas X' e Y para observar el grado de dependencia y/o explicación entre ambas.

4.4.4.3 Correlación iii

X = Variable de explicación	X'= Variable dependiente
Índice de Nivel socioeconómico - INSE- de Montevideo.	Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico.

A partir de la misma, se observó el grado de correlación y/o dependencia de las variables X y X' que se utilizaron para explicar la distribución espacial de la TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) al CA / 10.000 habitantes en i e ii.

4.5 Metodología utilizada para abordar el objetivo específico III

4.5.1 Análisis Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo en función de la distribución espacial de la población a estudio

Los estudios Centrográficos permiten conocer características y atributos de un conjunto de Nodos insertos en el territorio -centros poblados, espacios asistenciales, locales de educación, industrias, etc-, y se hallan en función del objetivo y escala de trabajo seleccionado. Consideran esencialmente

el grado de concentración y/o dispersión de los mismos, situación la cual está ligada con las actividades antrópicas materializadas sobre el espacio.

Para analizar Centrográficamente la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo en función de la población a estudio, se excluyeron dos ECSM: Pereyra Rossell y Maracaná Sur. En el primero de los casos el motivo se basó en que dicho equipo se enfoca en la atención a menores de 15 años. Respecto al equipo Maracaná Sur, la razón obedeció a que el mismo inició actividades en Agosto de 2008¹¹³. Ubicado al Oeste de Montevideo, su incorporación fue y es esencial al fortalecer la asistencia brindada por el ECSM Inve 18 en dicha región a partir de una subdivisión del territorio en CS. Su puesta en funcionamiento y la derivación de usuarios al mismo fue una tarea gradual. En ese sentido, se verificó que tan solo el 0,57% de los datos involucrados en la presente investigación -es decir, 5 casos- quedaron comprendidos en su CS posterior al inicio de sus actividades asistenciales. En tal sentido se consideró conveniente no incorporarlo en dicho análisis centrográfico. Esto determinó que se trabajara con doce ECSM -es decir, los Nodos del sistema a estudio-: Craps, Inve 18, Jardines del Hipódromo, La Cruz de Carrasco, Maciel, Maroñas, Misurráco, Piedras Blancas, Saint Bois, Udai II, Vicenza y Vilardebó.

A partir de ello, el abordaje de dicho objetivo comprendió:

- La digitalización de los archivos ECSM_mayor15a_2007 y ECSM_mayor15a_2008 , los cuales hacen referencia a la ubicación geográfica de los ECSM insertos en la ciudad de Montevideo -en formato vectorial-
- La digitalización de los archivos Zonif_gral_2007 y Zonif_gral_2008, los cuales hacen referencia a las CS de cada ECSM inserto en la ciudad de Montevideo -en formato vectorial-

Para dichas digitalizaciones se utilizó como material complementario la Guía de calles de Montevideo del año 2008 -tanto en formato papel como digital-, los archivos calles, ejes y barrios, descargados del servicio de información geográfica de la Intendencia Municipal de Montevideo -en formato vectorial- y la carta de Montevideo a escala 1: 30.000. Esto permitió la visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

- El cálculo del **Índice Rn**, el cual considera la disposición de un sistema de nodos sobre el territorio (Del Canto *et al.*, 1998):

Indicador	Términos	Observaciones
$\text{Índice Rn} = 2 \bar{d} \sqrt{N/S}$	\bar{d} : distancia media entre cada Nodo y su vecino más próximo N: número de Nodos del Sistema estudiado S: área de la región en donde se halla asentado el Sistema de Nodos	Varía entre 0 y 2,15

¹¹³ Información recabada desde: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/fotos/2008/08/2008080601.htm

De acuerdo a los valores que adopte dicho índice, el sistema de nodos puede presentar diversas características (Tabla 14).

Tabla 14. Características de un sistema de Nodos según Índice Rn.
Fuente: Del Canto *et al.*, 1998.
Elaboración propia.

Valores del Índice Rn	Características del Sistema de Nodos
0	Absolutamente Concentrado
0,3 a 0,4	Fuertemente concentrado
0,8	Aleatorio con tendencia a la concentración
1	Distribución Aleatoria
1,2	Aleatoria con tendencia a la distribución regular
1,8	Sistema Regular-casi Christalleriano-
2,15	Dispersión máxima

- El cálculo del **centro de gravedad simple -CGS-**. En caso de que un sistema de nodos dispuestos en el territorio, tuviesen una distribución regular -Christalleriana-, su CGS coincidiría con el punto central de esa región. Pero, cuando aparece alguna zona de concentración de nodos, el CGS tiende a desplazarse hacia esa zona (Del Canto *et al.*, 1998). Podemos decir entonces que el CGS nos incorpora nueva información, complementando la información aportada por el Índice Rn.

El cálculo del CGS se basó en:

- Determinar para cada nodo del sistema -los doce ECSM- sus coordenadas cartográficas -en X e Y- que le ubicaren en el territorio
- Posteriormente se halló la media aritmética de $\sum_{ESM_1}^{ESM_12} X$ y la media aritmética de $\sum_{ESM_1}^{ESM_12} Y$,

obteniéndose así el CGS del sistema conformado por los doce ECSM considerados

Indicador	Observaciones
$CGS = \bar{X} ; \bar{Y}$	No considera factores de ponderación

- El cálculo del **centro mediano de distribución -CMD-**. Su representación se da a partir de dos ejes cartesianos X e Y, los cuales distribuyen de forma equitativa los nodos del sistema entre Norte y Sur -a partir del eje X- y entre Oeste y Este -a partir del eje Y-:

Indicador	Software empleado	Módulos utilizados	Archivo vectorial de estudio
CMD	GV-SIG 1.11	SEXTANTE / Caja de Herramientas / Herramientas para capas de puntos / Centro Mediano	ECSM_para_Est_Centrog

- El cálculo del **centro de gravedad ponderado -CGP-**. Este indicador contempla el peso diferencial de cada nodo del sistema estudiado según un factor de ponderación establecido. En este caso, el factor de ponderación “Z” definido se basó en el “número de personas por ECSM en función de su CS”.

El cálculo del CGP se basó en:

- Determinar para cada nodo del sistema -los doce ECSM- sus coordenadas cartográficas -en X e Y- que le ubicaren en el territorio
- Paso seguido, se multiplicó cada valor de X e Y de cada ECSM, por el factor de ponderación Z
- Posteriormente se hallaron los valores de la $\sum_{ESM_1}^{ESM_12} Z$, la $\sum_{ESM_1}^{ESM_12} (X * Z)$ y la $\sum_{ESM_1}^{ESM_12} (Y * Z)$
- El último paso consistió en hallar el CGP en función de la media aritmética ponderada de X e Y resultante de:

$$\bar{X}^{\text{Ponderado}} = \frac{\sum_{ESM_1}^{ESM_12} (X * Z)}{\sum_{ESM_1}^{ESM_12} Z} \qquad \bar{Y}^{\text{Ponderado}} = \frac{\sum_{ESM_1}^{ESM_12} (Y * Z)}{\sum_{ESM_1}^{ESM_12} Z}$$

Dicho CGP se calculo para el año 2007 y para el año 2008, buscando observar su evolución territorial, en función del factor de ponderación definido.

4.6 Referencias Bibliográficas

Para citar las fuentes bibliográficas en la presente investigación se utilizó el formato de la Asociación Psicológica Americana -APA-, basado en su quinta edición.

Los resultados observados fueron consistentes con los registros históricos del CA¹¹⁴, los cuales de forma sostenida muestran que, más del 60% de la población asistida se halla comprendida en el rango etario que va de 20 a 44 años. En el mismo sentido, pudo observarse que en la primer franja etaria, la cual abarca de 15 a 19 años, el porcentaje de población masculina fue mayor que el porcentaje de población femenina, confirmando también dicho patrón histórico.

5.1.2 Descripción de la población en función de la dimensión Socioeconómica

- Población en función del Nivel educativo (Tablas 18^a y 18^b) y (Fig. 19).

Tabla 18^a. Nivel educativo de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Sin educación	4,5	3
1° Incompleta	14	10,2
1° Completa	28,5	26,3
Ciclo Básico Incompleto	26,3	32,3
Ciclo Básico Completo	14	13,2
Bachillerato Incompleto	5,6	4,8
Bachillerato Completo	4,5	6,0
Nivel 3° Incompleto	1,1	2,4
Nivel 3° Completo	----	1,8
Otros	1,7	----
Total	100%	100%

Tabla 18^b. Nivel educativo de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Sin educación	2,9	0,7
1° Incompleta	6,5	11,4
1° Completa	21,6	24,2
Ciclo Básico Incompleto	25,9	28,9
Ciclo Básico Completo	17,3	10,7
Bachillerato Incompleto	8,6	7,4
Bachillerato Completo	6,5	7,4
Nivel 3° Incompleto	7,2	8,1
Nivel 3° Completo	0,7	1,3
Otros	2,9	----
Total	100%	100%

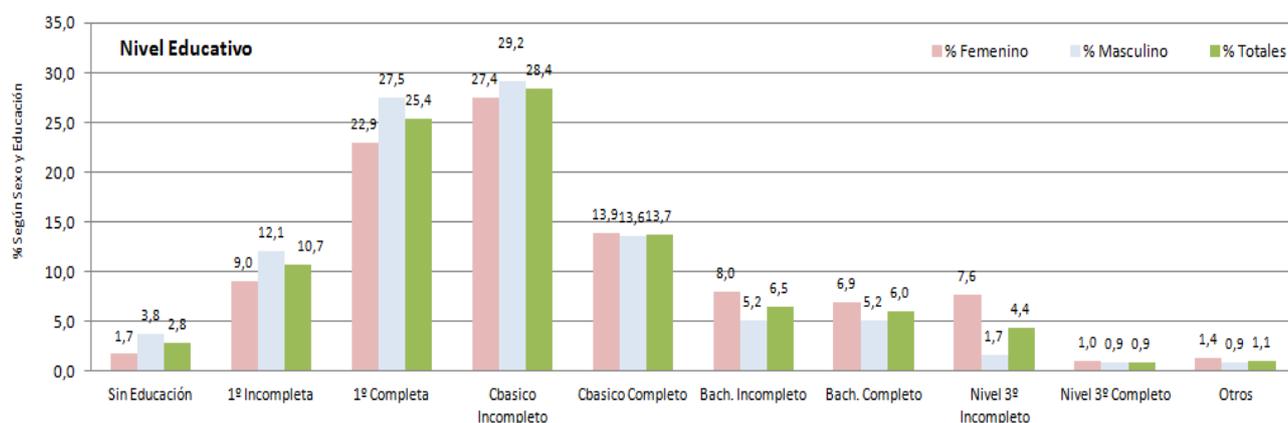


Figura 19. Distribución de la población en función del Nivel educativo según sexo: bi-enio 2007-2008.

La variable Nivel educativo fue la que más dificultades presentó al momento de acceder a su registro y categorización desde las HC. Dado que en el 27,2% de los datos -237 casos-, no se obtuvo la información pretendida, fueron excluidos del análisis.

¹¹⁴ El Sistema Nacional Integrado de Salud se halla asentado en dos principios rectores: el aporte de la población según Ingresos y el pago a las Instituciones prestadoras de salud de acuerdo a los costos de atención en función de la edad y sexo (http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf).

A partir de ello, pudo observarse que el 67,3% de la población considerada presentó niveles de instrucción por debajo de la categoría Ciclo Básico Completo -CBC-. En ese sentido, en cada categoría con instrucción inferior a dicho nivel -incluida sin educación-, el porcentaje de hombres fue siempre mayor al porcentaje de mujeres. En cambio, en aquellas categorías cuya instrucción fue superior al CBC -18% de la población considerada-, el porcentaje de mujeres fue siempre mayor al porcentaje de hombres. En líneas generales se observó un bajo nivel de instrucción, agravado este hecho en la población masculina.

- Población en función de su Actividad laboral (Tablas 19^a y 19^b) y (Fig. 20).

Tabla 19^a. Actividad laboral de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Sin actividad	56,8	42,2
Actividad Informal	8,2	10,5
Changas	17,1	19,6
Actividad Formal	12,8	14,8
Sin información	5,1	12,9
Total	100%	100%

Tabla 19^b. Actividad laboral de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Sin actividad	65,7	59,1
Actividad Informal	9,5	14,7
Changas	4,8	3,2
Actividad Formal	13,8	14,7
Sin información	6,2	8,3
Total	100%	100%

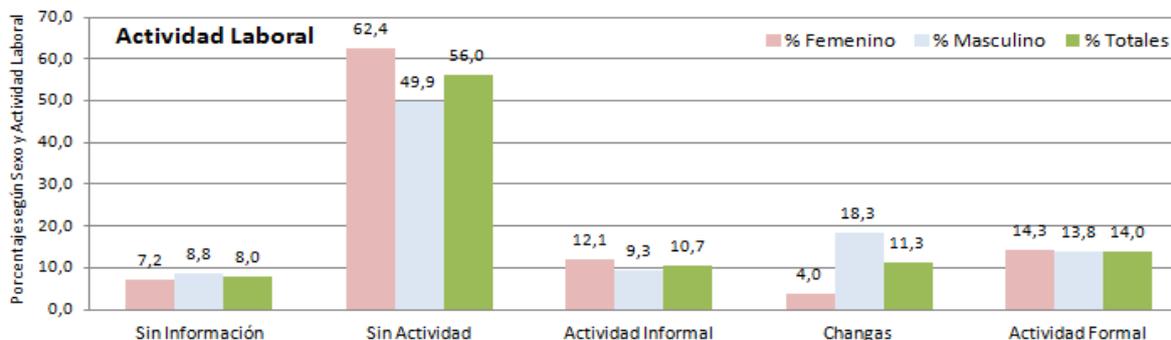


Figura 20. Distribución de la población en función de su Actividad laboral según sexo: bi-enio 2007-2008.

Considerando el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, se observó un elevado porcentaje de la misma que no realizaba Actividades laborales, 56%. Al desagregar dicha categoría, pudo observarse que el porcentaje de mujeres superaba en 12,5 puntos a la población masculina - 62,4% y 49,9% respectivamente-, acentuándose en el año 2008, cuando alcanzó los 17 puntos. Respecto a las categorías Actividad formal y Actividad informal, los porcentajes en función del sexo fueron similares, aún cuando en ambos prevalecieron las mujeres. Sí existieron importantes diferencias en lo que refiere a la categoría *Changas*, en favor de los hombres respecto de las mujeres -18,3% y 4,0% respectivamente-.

- Población en función de su Contexto de convivencia (Tablas 20^a y 20^b) y (Fig. 21).

Tabla 20^a. Contexto de convivencia de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Vive solo/a	17,1	13,8
Vive con algún familiar	72,6	69,4
Vive con externos a la familia	1,7	1,9
Casa de salud u otros	2,6	2,9
Sin domicilio	1,3	1,0
Sin información	4,7	11
Total	100%	100%

Tabla 20^b. Contexto de convivencia de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Vive solo/a	10,3	13,3
Vive con algún familiar	81	70,2
Vive con externos a la familia	2,4	3,7
Casa de salud u otros	2,9	4,6
Sin domicilio	0,5	1,8
Sin información	2,9	6,4
Total	100%	100%

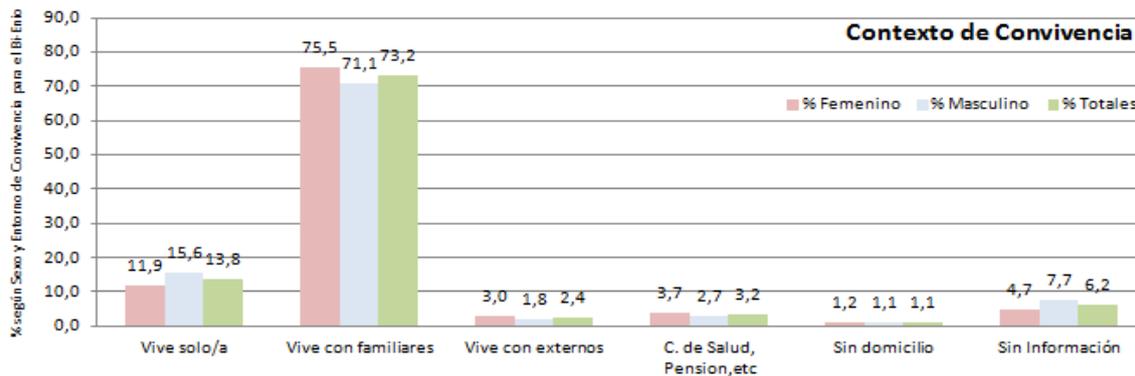


Figura 21. Distribución de la población en función de su Contexto de convivencia según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008, se observó que casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población dijo vivir con algún familiar. De acuerdo a la problemática investigada, poseer un contexto de convivencia en torno a la familia se constituye como un aspecto fundamental superado el episodio de primera internación, a los efectos de contribuir con el proceso de asistencia que se inicia superado el egreso hospitalario. Dijo vivir solo, el 13,8% de la población, siendo el peso relativo mayor en hombres que en mujeres -con un 15,6% y un 11,9% respectivamente-.

- Población en función de su Estado civil (Tablas 21^a y 21^b) y (Fig. 22).

Tabla 21^a. Estado civil de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Soltero/a	67,9	56,9
Casado/a	8,5	8,1
Viudo/a	0,9	2,4
Divorciado/a	9,8	5,7
Unión libre	0,9	----
Concubinato	3,0	----
Pareja Estable	----	3,3
Separado/a	1,7	11,5
Sin información	7,3	12,1
Total	100%	100%

Tabla 21^b. Estado civil de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Soltero/a	35,7	30,3
Casado/a	25,7	17,0
Viudo/a	7,6	8,7
Divorciado/a	17,1	11,0
Unión libre	0,5	1,4
Concubinato	4,3	----
Pareja Estable	1,4	7,8
Separado/a	2,9	16,5
Sin información	4,8	7,3
Total	100%	100%

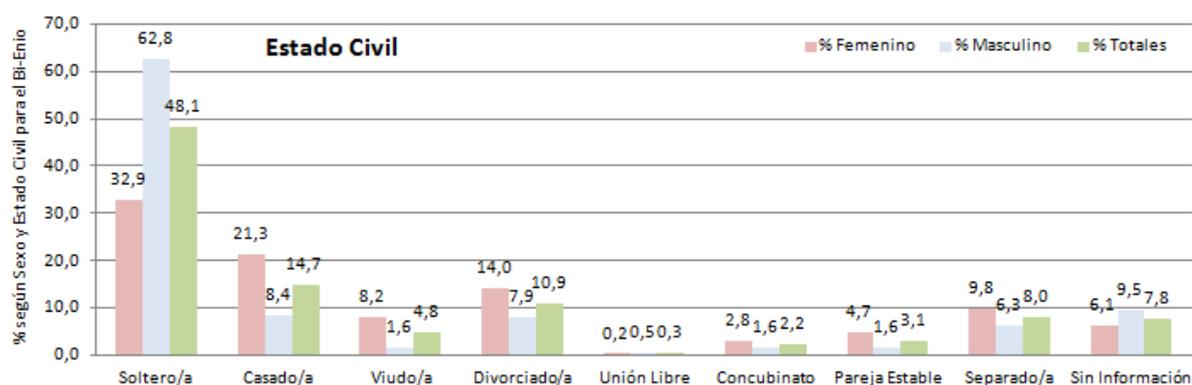


Figura 22. Distribución de la población en función de su Estado civil según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, se observó que casi la mitad de la misma poseía estado civil Soltero/a, 48,1%. Al desagregar dicha categoría, el porcentaje de hombres casi duplicó al porcentaje de mujeres, siendo de 62,8% y un 32,9% respectivamente. Situación diferente se presentó en la categoría Casado/a, en la cual las mujeres casi triplicaron al porcentaje de hombres, siendo 21,3% y 8,4% respectivamente. En las categorías Divorciado/a, Concubinato, Pareja Estable y Separado/a -consideradas como sinónimo de compromiso, pasado o presente-, el porcentaje de mujeres fue siempre superior al de los hombres. Podemos decir entonces que la población femenina presentó mayores niveles o tendencias de relaciones estables que la población masculina.

-Población en función de su Condición de Padres (Tablas 22^a y 22^b) y (Fig. 23).

Tabla 22^a. Condición de padre de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No	60,3	53,6
Si	32,5	34,4
Sin Información	7,2	12,0
Total	100%	100%

Tabla 22^b. Condición de madre de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No	25,2	8,4
Si	70,5	84,3
Sin Información	4,3	7,3
Total	100%	100%



Figura 23. Distribución de la población en función de su Condición de padres según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, se observó que un 51,2 % de la misma declaró tener hijos. Al desagregar dicha categoría, se visualizó que el porcentaje de mujeres madres más que duplicó al porcentaje de hombres padres -con valores de 69,6% y 33,4% respectivamente-. A su vez, el porcentaje de mujeres madres que tuvieron su primer episodio de internación aumentó en casi 14 puntos porcentuales entre 2007 y 2008.

- Población en función de sus Ingresos por subsidio (Tablas 23^a y 23^b) y (Fig. 24).

Tabla 23^a. Ingresos por subsidio en la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No	63,2	65,1
Si	20,1	20,2
Sin Información	16,7	14,7
Total	100%	100%

Tabla 23^b. Ingresos por subsidio en la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No	43,8	54,1
Si	32,4	32,1
Sin Información	23,8	13,8
Total	100%	100%

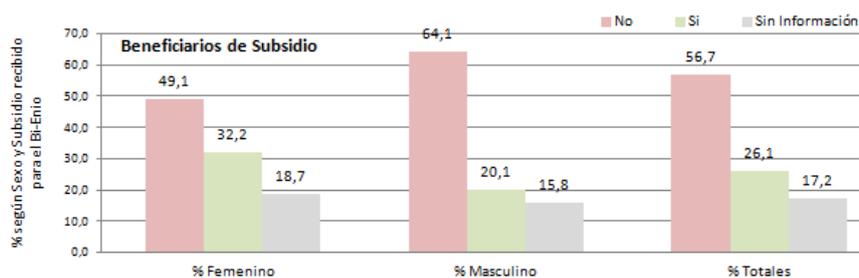


Figura 24. Distribución de la población en función de sus Ingresos por subsidio según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, se constató que quienes percibían Ingresos por subsidio alguno, representaban un poco más de la ¼ de la misma, 26,1%. Al desagregar dicha categoría, se observó que lo recibían una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres.

5.1.3 Descripción de la población en función de la dimensión Epidemiológica

- Población en función de los Principales Grupos de Trastornos (Tablas 24^a y 24^b) y (Fig. 25).

Tabla 24^a. PGT según población masculina.

Sexo Masculino		Año 2007	Año 2008
PGT	Descripción	%_de_Pob	%_de_Pob
F0x	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.	0,9	1,4
F1x	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.	19,2	17,2
F2x	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.	35,0	31,1
F3x	Trastornos del humor (afectivos).	20,9	19,1
F4x	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomórfos.	----	----
F5x	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.	----	----
F6x	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.	6,4	12,4
F7x	Retraso mental.	16,7	14,8
F8x	Trastornos del desarrollo psicológico.	----	----
F9x	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia.	----	----
Sin Información		0,9	3,8
Total		100%	100%

Tabla 24^b. PGT según población femenina.

Sexo Femenino		Año 2007	Año 2008
PGT	Descripción	%_de_Pob	%_de_Pob
F0x	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.	1,0	2,8
F1x	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.	1,9	1,4
F2x	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.	29,0	28,0
F3x	Trastornos del humor (afectivos).	38,6	40,8
F4x	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomórfos.	2,9	2,3
F5x	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.	----	----
F6x	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.	15,2	12,4
F7x	Retraso mental.	8,1	9,6
F8x	Trastornos del desarrollo psicológico.	----	----
F9x	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia.	----	----
Sin Información		3,3	2,8
Total		100%	100%

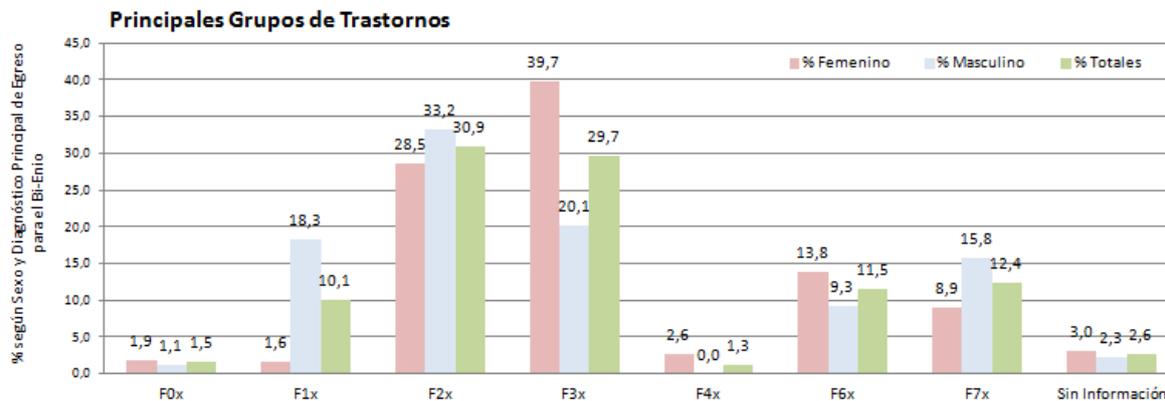


Figura 25. Distribución de la población en función de los Principales Grupos de Trastornos según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, se observó que los grupos F2x y F3x fueron los más prevalentes, con un 30,9% y 29,7% respectivamente, mostrando un comportamiento diferencial al considerarlos en función del sexo, predominando el grupo F2x en hombres y el grupo F3x en mujeres.

Los grupos F7x, F6x y F1x fueron los que precedieron en orden de prevalencia sobre la población con un 12,4%, 11,5% y 10,1% respectivamente. En dichos grupos también se observó un comportamiento diferencial al considerarlos en función del sexo, predominando en mujeres el grupo F6x y en hombres los grupos F1x y F7x. Si bien no debemos olvidar que la población considerada en la presente investigación, es aquella que tuvo su primer episodio de internación, los datos epidemiológicos observados son consistentes con los registros históricos del CA.

5.1.4 Descripción de la población en función de la dimensión Asistencial

- Población en función del Trimestre de internación (Tablas 25^a y 25^b).

Tabla 25^a. Trimestre de internación: población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Enero - Marzo	26,1	28,7
Abril - Junio	24,8	23,4
Julio - Setiembre	23,1	22,5
Octubre -Diciembre	26,0	25,4
Sin Información	0,0	0,0
Total	100%	100%

Tabla 25^b. Trimestre de internación: población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
Enero - Marzo	25,7	25,7
Abril - Junio	22,4	23,4
Julio - Setiembre	23,3	25,2
Octubre - Diciembre	28,6	25,7
Sin Información	0,0	0,0
Total	100%	100%

Pudo visualizarse que el porcentaje de internaciones en función de los ocho Trimestres que comprendieron la dimensión temporal del estudio, presentó una distribución similar.

- Población en función de sus Aspectos judiciales (Tablas 26^a y 26^b) y (Fig. 26).

Tabla 26^a. Aspectos judiciales de la población masculina.

Sexo Masculino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No Judicial	72,2	69,4
Judicial I	11,1	11,0
Judicial II	13,2	19,1
Sin Información	3,5	0,5
Total	100%	100%

Tabla 26^b. Aspectos judiciales de la población femenina.

Sexo Femenino	Año 2007	Año 2008
Categorías	%_de_Pob	%_de_Pob
No Judicial	89,0	80,7
Judicial I	6,7	8,7
Judicial II	3,8	10,6
Sin Información	0,5	0,0
Total	100%	100%

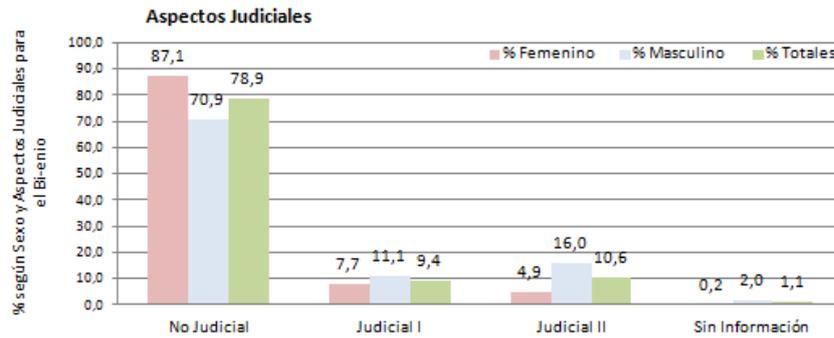


Figura 26. Distribución de la población en función de sus Aspectos Judiciales según sexo: bi-enio 2007-2008.

Tomando en cuenta el bi-enio 2007-2008 y, a la población en su conjunto, pudo observarse que casi 4/5 de la misma, al ser ingresada al centro hospitalario, no presentó Aspectos judiciales.

En relación al 20% de la población que sí presentó, el peso relativo de dicha variable en hombres fue mayor que en mujeres, 27 % y 12,6% respectivamente. Los datos observados son consistentes con los registros históricos del CA en cuanto a que, es la población masculina quien ingresa al hospital Vilardebó en mayor proporción con Aspectos judiciales en sus antecedentes.

5.1.5 Análisis de componentes principales -ACP-

En función de las doce variables consideradas para describir la población a estudio (Fig. 27), se realizó un ACP para determinar sus incidencias en la varianza del conjunto.

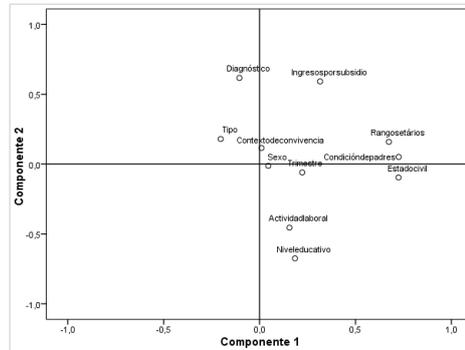


Figura 27. Variables según ACP.

El proceso de reducción de las variables consideradas permitió obtener un valor de 0.677 para el Test KMO y un valor < 0.005 para la Prueba de Esfericidad de Bartlett, significativo para realizar el ACP en función de las cuatro variables que explicaron de mejor forma la variabilidad del sistema (Fig. 28) y (Tabla 27, 28 y 29).

Tabla 27. Explicación de la Varianza.

Componente	Autovalores			Suma de saturaciones ² -extracción-			Suma de saturaciones ² -rotación-		
	Total	% Var	% Acum	Total	% Var	% Acum	Total	% Var	% Acum
1	1,491	37,285	37,285	1,491	37,285	37,285	1,437	35,922	35,922
2	1,131	28,285	65,570	1,131	28,285	65,570	1,186	29,648	65,570
3	,830	20,755	86,325						
4	,547	13,675	100,00						

Tabla 28. Matriz reducida de variables I.

Matriz de Componentes		
Variabes	Comp 1	Comp 2
Estado civil	,827	-,184
Condición de padres	,767	-,392
Nivel educativo	,320	,706
Actividad laboral	,340	,668

Tabla 29. Matriz reducida de variables II.

Matriz de Componentes Rotados		
Variabes	Comp 1	Comp 2
Estado civil	,859	-,062
Condición de padres	,834	,152
Nivel educativo	,020	,775
Actividad laboral	,054	,747

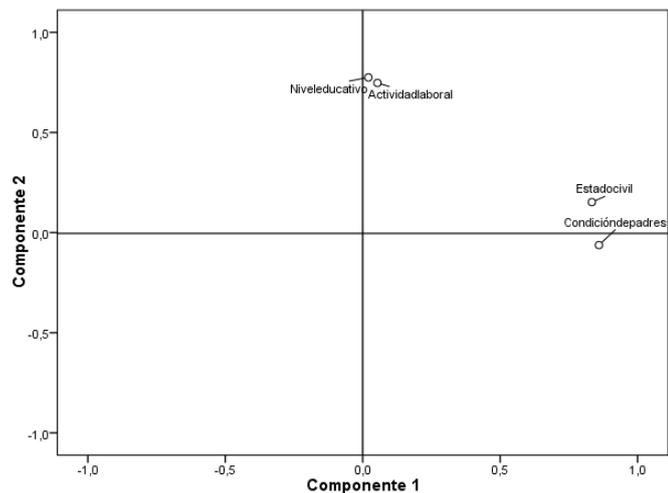


Figura 28. Variables que mejor explican la Varianza

Los resultados indican que la componente 1 del ACP explica el 37,285% de la variabilidad del sistema y que con el componente 2 se explica el 65,57% de la variabilidad total. En el componente 1 las variables que más aportaron fueron Estado civil y Condición de padres y en la componente 2, Nivel educativo y Actividad laboral, en ese orden respectivamente.

5.1.6 Análisis de correspondencia simple -ACS-

ACS I. Actividad laboral en función del Nivel educativo de la población a estudio

Tabla 30. Resumen para ACS I.

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi ²	Sig.	% Inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación St	Correlación 2
1	,320	,102			,782	,782	,042	,131
2	,139	,019			,147	,929	,045	
3	,096	,009			,071	1,000		
Total		,131	71,361	,000^a	1,000	1,000		

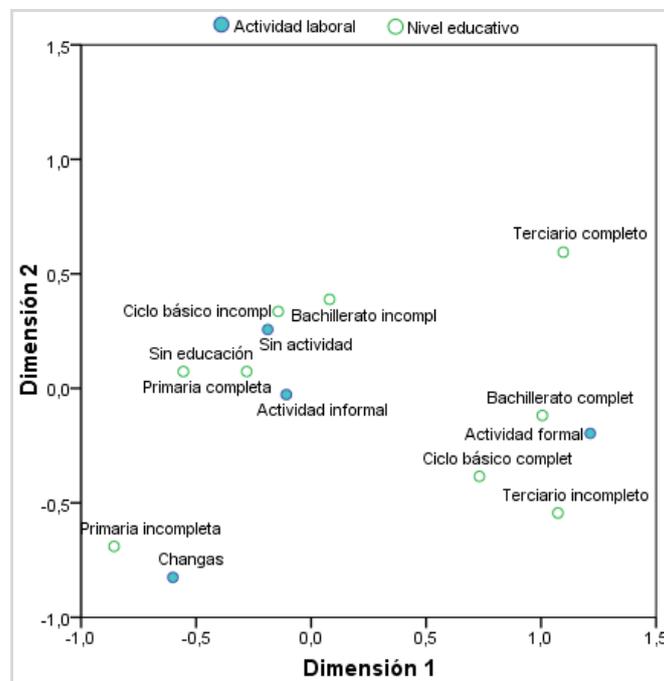


Figura 29. ACS I. Actividad laboral en función del Nivel educativo de la población a estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos (Fig. 29), pudo visualizarse que personas con empleos formales presentaron un Nivel educativo medio o superior. Por el contrario, quienes poseían empleos informales, eventuales o inclusive dijeron estar inactivos, presentaron una escasa educación o nula, lo que introduce la complejidad de que, asociado a la ocurrencia de un TMyC, los aspectos desfavorables de ambas variables, estarían indicando un agravamiento de dicha problemática, relacionado esencialmente con el modo de vida y las posibilidades de integración social.

ACS II. Nivel educativo en función de los PGT de la población a estudio

Tabla 31. Resumen para ACS II.

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi ²	Sig.	% Inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación St	Correlación 2
1	,491	,241			,766	,766	,043	,043
2	,179	,032			,102	,868	,039	
3	,146	,021			,068	,936		
4	,114	,013			,041	,978		
5	,065	,004			,014	,991		
6	,053	,003			,009	1,000		
Total		,314	171,503	,000^a	1,000	1,000		

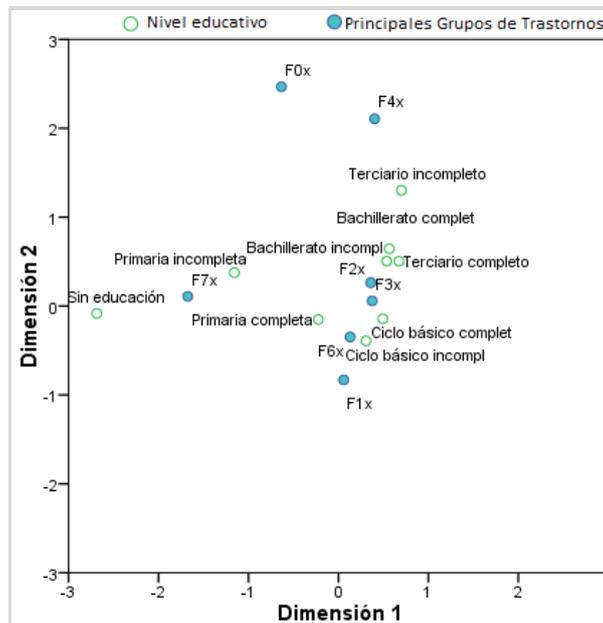


Figura 30. ACS II. Nivel educativo en función de los PGT de la población a estudio.

En función de los resultados obtenidos (Fig. 30), pudo apreciarse una asociación importante entre el grupo F7x -Retraso mental- y los niveles educativos menos desarrollados o inexistentes. El grupo F1x -Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas-, presentó cercanía con los niveles educativos correspondientes a Primaria completa y Ciclo básico -completo e incompleto-, asociación identificada en múltiples estudios, los cuales expresan que el consumo de sustancias es iniciado a edades tempranas -preferentemente juveniles-, interrumpiendo por lo general los procesos de formación existentes o por lo menos retrasándolos visiblemente. Respecto a aquellas personas que presentaron un Nivel educativo alto y superior, fueron los grupos F2x -Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes- y F3x -Trastornos del humor (afectivos)-, los que se asociaron en mayor medida. Esto permite comprender que dichos episodios, sucedieron en personas que pudieron alcanzar un grado de formación importante, en contra partida a lo observado respecto al conjunto de personas que presentaron el grupo F1x.

5.2 Resultados referentes al objetivo específico II

5.2.1 Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, año 2007

La digitalización de los domicilios de quienes ingresaron al CA por vez primera en el año 2007, en el archivo Ing_2007 -en formato vectorial-, permitió su visualización desde el SIGSM (Fig. 31, 32^a, 32^b y 32^c) y (Tabla 32).

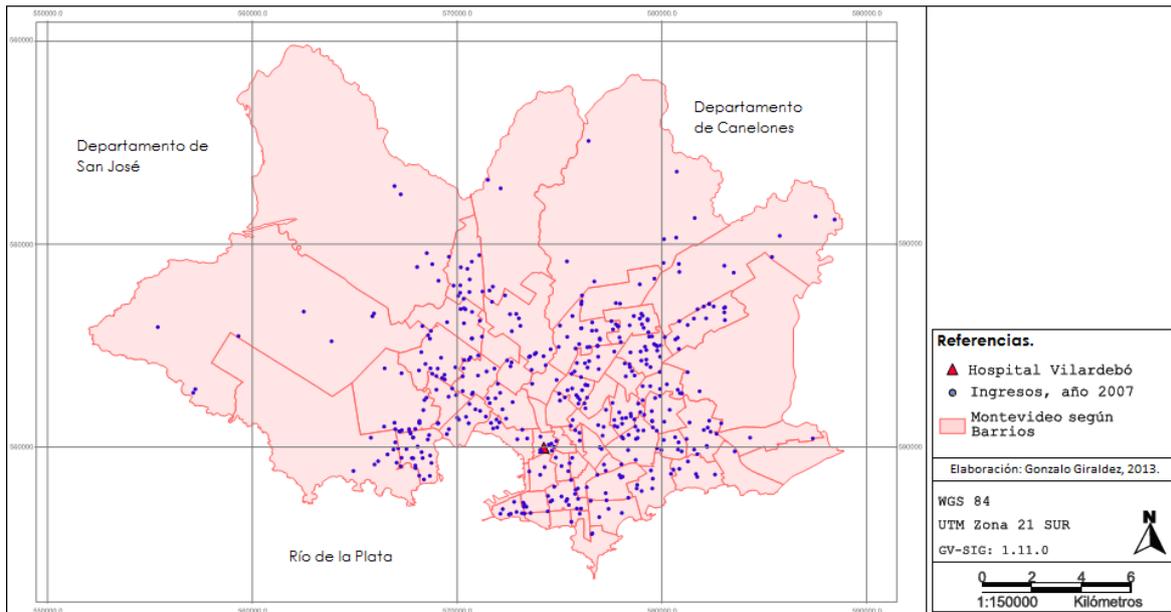


Figura 31. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA en el año 2007.

La TIG²⁰⁰⁷ al CA / 10.000 habitantes para Montevideo fue de 4,2.

Tabla 32. Caracterización espacial de la población a estudio, año 2007.

ID_Barrío	Nombre del Barrío	Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes			ICS
		Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Global	
1	Ciudad Vieja	4.978	5.678	10.656	1	7	8	0,4	3,3	1,8	2,0	12,3	7,5	0,2
2	Centro	7.881	10.724	18.605	3	2	5	1,3	1,0	1,1	3,8	1,9	2,7	2,0
3	Barrio Sur	4.482	5.749	10.231	0	2	2	0,0	1,0	0,5	0,0	3,5	2,0	0,0
4	Cordón	15.568	21.671	37.239	8	5	13	3,4	2,4	2,9	5,1	2,3	3,5	2,2
5	Palermo	5.190	6.300	11.490	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	Parque Rodó	5.172	6.447	11.619	2	0	2	0,9	0,0	0,5	3,9	0,0	1,7	0,0
7	Punta Carretas	9.235	12.116	21.351	1	1	2	0,4	0,5	0,5	1,1	0,8	0,9	1,3
8	Pocitos	25.383	35.379	60.762	2	2	4	0,9	1,0	0,9	0,8	0,6	0,7	1,4
9	Buceo	13.916	17.991	31.907	5	3	8	2,1	1,4	1,8	3,6	1,7	2,5	2,2
10	Parque Batlle, Villa Dolores	11.744	15.561	27.305	2	5	7	0,9	2,4	1,6	1,7	3,2	2,6	0,5
11	Malvín	10.814	13.544	24.358	3	2	5	1,3	1,0	1,1	2,8	1,5	2,1	1,9
12	Malvín Norte	7.010	8.960	15.970	4	3	7	1,7	1,4	1,6	5,7	3,3	4,4	1,7
13	Punta Gorda	5.542	6.709	12.251	0	1	1	0,0	0,5	0,2	0,0	1,5	0,8	0,0
14	Carrasco	6.032	7.118	13.150	1	0	1	0,4	0,0	0,2	1,7	0,0	0,8	0,0
15	Carrasco Norte	4.877	5.464	10.341	1	1	2	0,4	0,5	0,5	2,1	1,8	1,9	1,1
16	Bañados de Carrasco	2.510	2.640	5.150	1	1	2	0,4	0,5	0,5	4,0	3,8	3,9	1,1
17	Maroñas, Parque Guaraní	7.140	8.380	15.520	5	2	7	2,1	1,0	1,6	7,0	2,4	4,5	2,9
18	Flor de Maroñas	7.107	8.320	15.427	6	4	10	2,6	1,9	2,3	8,4	4,8	6,5	1,8
19	Las Canteras	8.289	9.876	18.165	6	4	10	2,6	1,9	2,3	7,2	4,1	5,5	1,8
20	Punta de Rieles, Bella Italia	8.629	9.082	17.711	9	4	13	3,8	1,9	2,9	10,4	4,4	7,3	2,4
21	Jardines del Hipódromo	7.629	8.450	16.079	10	9	19	4,3	4,3	4,3	13,1	10,7	11,8	1,2
22	Ituzzaingó	5.232	5.863	11.095	3	2	5	1,3	1,0	1,1	5,7	3,4	4,5	1,7
23	Unión	15.059	19.185	34.244	6	5	11	2,6	2,4	2,5	4,0	2,6	3,2	1,5
24	Villa Española	8.624	10.266	18.890	7	7	14	3,0	3,3	3,2	8,1	6,8	7,4	1,2
25	Mercado Modelo y Bolívar	5.817	7.298	13.115	2	5	7	0,9	2,4	1,6	3,4	6,9	5,3	0,5
26	Castro, Castellanos	5.230	6.059	11.289	1	1	2	0,4	0,5	0,5	1,9	1,7	1,8	1,2
27	Cerrito	6.688	7.886	14.574	7	4	11	3,0	1,9	2,5	10,5	5,1	7,5	2,1
28	Las Acacias	7.934	8.957	16.891	4	7	11	1,7	3,3	2,5	5,0	7,8	6,5	0,6
29	Aires Puros	5.899	7.636	13.535	1	1	2	0,4	0,5	0,5	1,7	1,3	1,5	1,3
30	Casavalle	11.641	12.099	23.740	14	7	21	6,0	3,3	4,7	12,0	5,8	8,8	2,1
31	Piedras Blancas	7.716	8.454	16.170	9	5	14	3,8	2,4	3,2	11,7	5,9	8,7	2,0
32	Manga, Toledo Chico	8.358	8.479	16.837	7	2	9	3,0	1,0	2,0	8,4	2,4	5,3	3,6
33	Paso de las Duranas	4.553	5.498	10.051	1	1	2	0,4	0,5	0,5	2,2	1,8	2,0	1,2

Año_2007		Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes			ICS
ID_Barrío	Nombre del Barrío	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Global	
34	Peñarol, Lavalleja	12.021	13.516	25.537	5	10	15	2,1	4,8	3,4	4,2	7,4	5,9	0,6
35	Cerro	10.519	12.095	22.614	10	12	22	4,3	5,7	5,0	9,5	9,9	9,7	1,0
36	Casabó, Pajas Blancas	10.450	10.865	21.315	7	2	9	3,0	1,0	2,0	6,7	1,8	4,2	3,6
37	La Paloma, Tomkinson	13.150	13.945	27.095	11	4	15	4,7	1,9	3,4	8,4	2,9	5,5	2,9
38	La Teja	7.349	8.743	16.092	4	6	10	1,7	2,9	2,3	5,4	6,9	6,2	0,8
39	Prado, Nueva Savona	7.654	9.699	17.353	4	4	8	1,7	1,9	1,8	5,2	4,1	4,6	1,3
40	Capurro, Bella Vista	6.065	7.757	13.822	4	4	8	1,7	1,9	1,8	6,6	5,2	5,8	1,3
41	Aguada	6.706	8.410	15.116	1	2	3	0,4	1,0	0,7	1,5	2,4	2,0	0,6
42	Reducto	5.280	6.751	12.031	6	3	9	2,6	1,4	2,0	11,4	4,4	7,5	2,6
43	Atahualpa	3.035	4.053	7.088	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
44	Jacinto Vera	3.324	4.257	7.581	2	1	3	0,9	0,5	0,7	6,0	2,3	4,0	2,6
45	La Figurita	4.231	5.533	9.764	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46	Larrañaga	6.639	8.663	15.302	0	1	1	0,0	0,5	0,2	0,0	1,2	0,7	0,0
47	La Blanqueada	3.393	4.845	8.238	1	2	3	0,4	1,0	0,7	2,9	4,1	3,6	0,7
48	Villa Muñoz, Retiro	5.230	6.672	11.902	4	0	4	1,7	0,0	0,9	7,6	0,0	3,4	0,0
49	La Comercial	4.231	5.663	9.894	0	1	1	0,0	0,5	0,2	0,0	1,8	1,0	0,0
50	Tres Cruces	5.810	8.387	14.197	1	1	2	0,4	0,5	0,5	1,7	1,2	1,4	1,4
51	Brazo Oriental	6.159	7.955	14.114	3	0	3	1,3	0,0	0,7	4,9	0,0	2,1	0,0
52	Sayago	5.609	7.025	12.634	1	0	1	0,4	0,0	0,2	1,8	0,0	0,8	0,0
53	Conciliación	6.494	7.420	13.914	4	7	11	1,7	3,3	2,5	6,2	9,4	7,9	0,7
54	Belvedere	7.949	9.622	17.571	5	5	10	2,1	2,4	2,3	6,3	5,2	5,7	1,2
55	Nuevo París	9.615	10.586	20.201	6	11	17	2,6	5,3	3,8	6,2	10,4	8,4	0,6
56	Tres Ombúes, Pueblo Victoria	6.684	7.620	14.304	3	3	6	1,3	1,4	1,4	4,5	3,9	4,2	1,1
57	Paso de la Arena	10.168	7.694	17.862	3	6	9	1,3	2,9	2,0	3,0	7,8	5,0	0,4
58	Colón Sureste, Abayubá	5.842	6.385	12.227	3	1	4	1,3	0,5	0,9	5,1	1,6	3,3	3,3
59	Colón Centro y Noroeste	9.798	11.165	20.963	4	7	11	1,7	3,3	2,5	4,1	6,3	5,2	0,7
60	Lezica, Melilla	6.294	6.632	12.926	2	5	7	0,9	2,4	1,6	3,2	7,5	5,4	0,4
61	Villa García, Manga Rural	9.447	9.513	18.960	6	5	11	2,6	2,4	2,5	6,4	5,3	5,8	1,2
62	Manga	6.611	7.285	13.896	3	1	4	1,3	0,5	0,9	4,5	1,4	2,9	3,3
63	Puerto	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totales		477.636	572.595	1.050.231	235	209	444	100,0	100,0	100,0	4,9	3,7	4,2	1,3

Montevideo_Año_2007	TIM	TIF	TIG	ICS
	4,7	3,7	4,2	1,2

TIG²⁰⁰⁷ (Barrio)

Al considerar la distribución de las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) (Fig. 32^a), pudo observarse una clara regionalización en las mismas. Las tasas más elevadas se localizaron preferentemente sobre dos sectores del departamento. El principal, ubicado al Este de Montevideo, agrupó no solo al barrio que presentó la tasa más elevada -Jardines del Hipódromo (11,8)-, sino a un conjunto compuesto por ocho barrios contiguos con valores de consideración -Casavalle (8,8), Piedras Blancas (8,7), Cerrito (7,5), Villa Española (7,4), Punta de Rieles (7,3), Flor de Maroñas (6,5) y Las Acacias (6,5)-.

Los barrios linderos del Cerro (9,7) y La Teja (6,2) ubicados al Suroeste del departamento junto a los barrios Nuevo París (8,4) y Conciliación (7,9) localizados más sobre el Oeste de Montevideo, conformaron una segunda región, si bien discontinua, en la cual se presentaron tasas importantes. Ambas regiones poseen aspectos comunes dado que agrupan a barrios que ofician de transición entre Montevideo Urbano y Montevideo Rural, espacios cuya dinámica obedece a características de zonas Periurbanas, con una alta complejidad socioterritorial.

Los barrios Reducto -en el cual se halla inserto el hospital Vilardebó- y Ciudad Vieja -en el cual funciona el hospital Maciel y el servicio de farmacodependencia-, presentaron también tasas relevantes, 7,5 respectivamente.

En cuanto a las tasas menos elevadas, pudo observarse que las mismas se desarrollaron esencialmente desde el Centro de Montevideo y en un conjunto de barrios alineados en dirección Sur-Sureste, llegando a los ubicados sobre la faja costera.

Dicha distribución de tasas permitió visualizar cierta *zonificación* o *gradiente de tasas ascendente* -si bien no lineal- desde el Centro de Montevideo en sentido Este y Oeste del mismo.

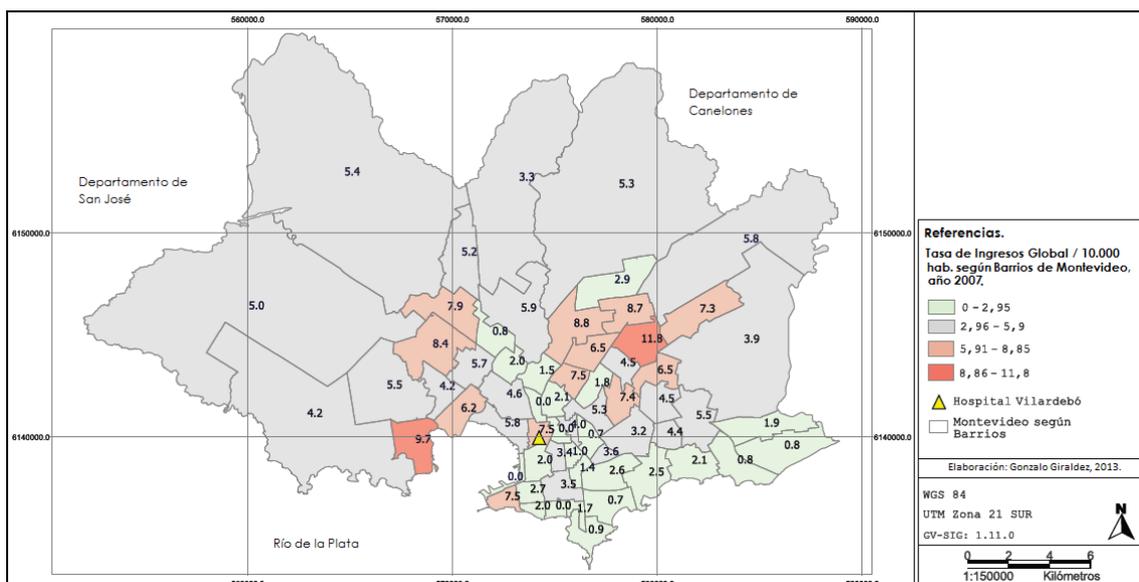


Figura 32^a. TIG²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo.

Al considerar la distribución de las TIG ²⁰⁰⁷(Barrio) en función del sexo, se pudieron observar las particularidades que determinaron la generalidad anteriormente descrita:

TIM ²⁰⁰⁷ (Barrio)

Respecto a las TIM ²⁰⁰⁷(Barrio) (Fig. 32^b), pudo constatar su fuerte peso relativo sobre las TIG ²⁰⁰⁷(Barrio), fundamentalmente en dos sectores del departamento: al Este, en donde se observaron cinco de las seis tasas más elevadas al CA -Jardines del Hipódromo (13,1), Casavalle (12), Piedras Blancas (11,7), Cerrito (10,5) y Punta de Rieles (10,4)-; y al Suroeste de Montevideo sobre un grupo de barrios contiguos -Cerro (9,5), La Paloma Tomkinson (8,4) y Casabó-Pajas Blancas (6,7).

Un enclave que presentó también valores importantes se dio en espacios linderos al hospital Vilardebó -Reducto (11,4), Villa Muñoz-Retiro (7,6) y Capurro-Bella Vista (6,6)-.

En cuanto a las tasas menos elevadas, las mismas se desarrollaron esencialmente sobre barrios ubicados en el Centro de Montevideo y en dirección hacia espacios próximos o sobre la faja costera del mismo.

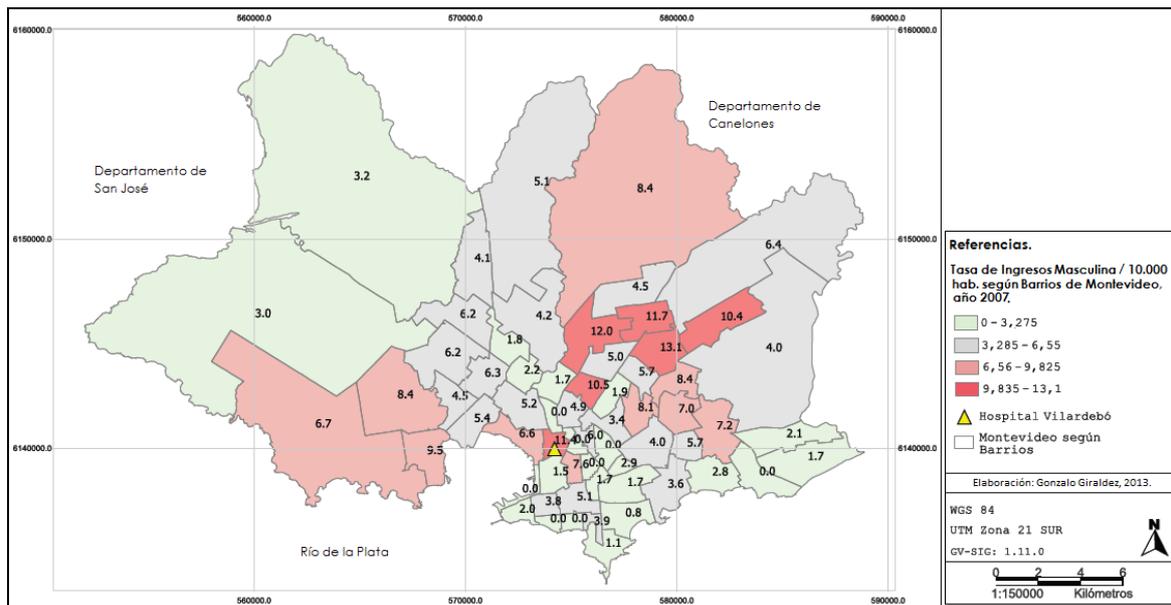


Figura 32^b. TIM ²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo.

TIF²⁰⁰⁷ (Barrio)

Respecto a las TIF²⁰⁰⁷(Barrio) (Fig. 32^C), pudo observarse un patrón de distribución menos concentrado que el observado en las TIM²⁰⁰⁷(Barrio), fundamentalmente en aquellos valores más elevados.

Si bien las dos tasas más elevadas se dieron en Ciudad Vieja (12,3) y Jardines del Hipódromo (10,7), barrios ubicados al Sur y Este del departamento respectivamente, fue sobre la región Oeste-Noroeste de Montevideo que se pudo observar el principal conglomerado de barrios contiguos con tasas considerables -Nuevo París (10,4), Conciliación (9,4), Paso de la Arena (7,8), Lezíca-Melilla (7,5), Peñarol (7,4) y Colón Centro-Noroeste (6,3)-. Junto a Cerro (9,9) y La Teja (6,9), linderos y ubicados al Suroeste del departamento, explican el fuerte peso relativo de las TIF²⁰⁰⁷(Barrio) sobre las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) en dicha región del departamento.

En cuanto a las tasas menos elevadas, pudo observarse un patrón de distribución semejante al observado en las TIM²⁰⁰⁷(Barrio), es decir, desarrollándose esencialmente sobre barrios ubicados en el Centro de Montevideo y en dirección a aquellos ubicados sobre la faja costera del mismo, si bien pudieron visualizarse algunos casos sobre el Norte-Noreste y Sur-Suroeste del departamento.

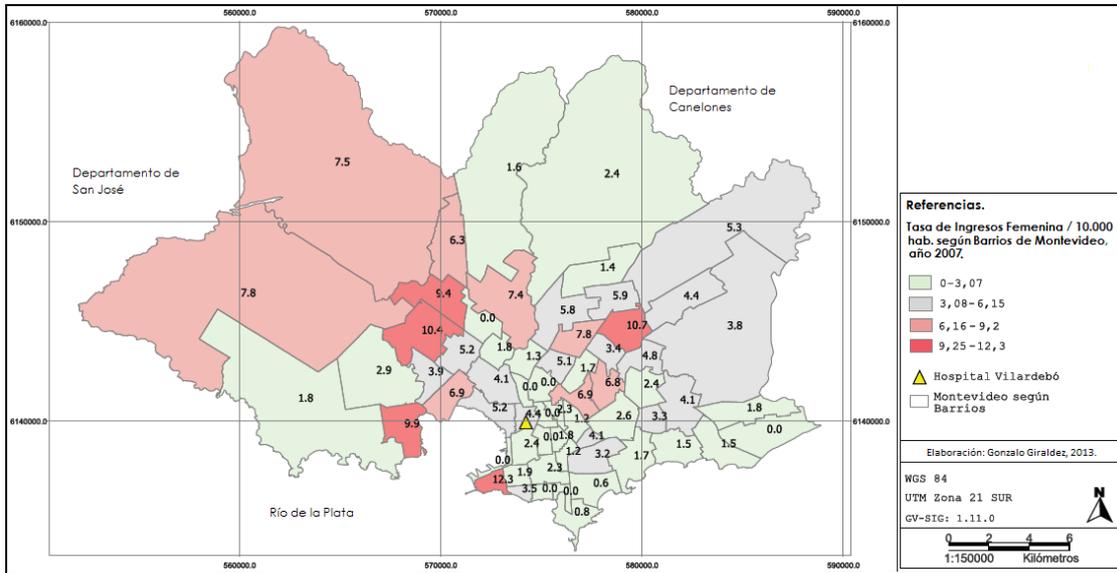


Figura 32^C. TIF²⁰⁰⁷ según barrios de Montevideo.

5.2.2 Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, año 2008

La digitalización de los domicilios de quienes ingresaron al CA por vez primera en el año 2008, a partir del archivo Ing_2008 -en formato vectorial-, permitió su visualización desde el SIGSM (Fig. 33, 34^a, 34^b y 34^c) y (Tabla 33).

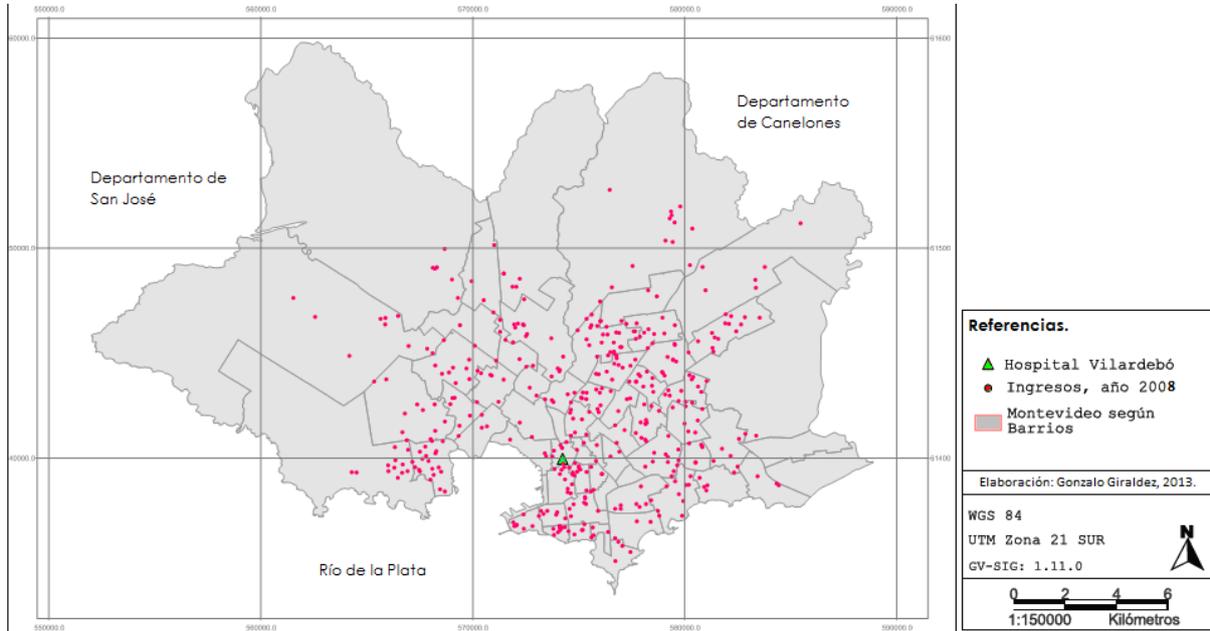


Figura 33. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA en el año 2008.

La TIG²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes para Montevideo fue de 4,1.

Tabla 33. Caracterización espacial de la población a estudio, año 2008.

Año 2008		Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes			ICS
ID_Barrío	Nombre del Barrío	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
1	Ciudad Vieja	4.978	5.678	10.656	6	2	8	2,9	0,9	1,9	12,1	3,5	7,5	3,4
2	Centro	7.881	10.724	18.605	3	3	6	1,4	1,4	1,4	3,8	2,8	3,2	1,4
3	Barrio Sur	4.482	5.749	10.231	7	2	9	3,3	0,9	2,1	15,6	3,5	8,8	4,5
4	Cordón	15.568	21.671	37.239	4	5	9	1,9	2,3	2,1	2,6	2,3	2,4	1,1
5	Palermo	5.190	6.300	11.490	2	3	5	1,0	1,4	1,2	3,9	4,8	4,4	0,8
6	Parque Rodó	5.172	6.447	11.619	2	1	3	1,0	0,5	0,7	3,9	1,6	2,6	2,5
7	Punta Carretas	9.235	12.116	21.351	1	3	4	0,5	1,4	0,9	1,1	2,5	1,9	0,4
8	Pocitos	25.383	35.379	60.762	1	2	3	0,5	0,9	0,7	0,4	0,6	0,5	0,7
9	Buceo	13.916	17.991	31.907	4	7	11	1,9	3,2	2,6	2,9	3,9	3,4	0,7
10	Parque Batlle, Villa Dolores	11.744	15.561	27.305	3	5	8	1,4	2,3	1,9	2,6	3,2	2,9	0,8
11	Malvín	10.814	13.544	24.358	2	2	4	1,0	0,9	0,9	1,8	1,5	1,6	1,3
12	Malvín Norte	7.010	8.960	15.970	3	4	7	1,4	1,8	1,6	4,3	4,5	4,4	1,0
13	Punta Gorda	5.542	6.709	12.251	1	2	3	0,5	0,9	0,7	1,8	3,0	2,4	0,6
14	Carrasco	6.032	7.118	13.150	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	Carrasco Norte	4.877	5.464	10.341	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16	Bañados de Carrasco	2.510	2.640	5.150	0	1	1	0,0	0,5	0,2	0,0	3,8	1,9	0,0
17	Maroñas, Parque Guaraní	7.140	8.380	15.520	2	5	7	1,0	2,3	1,6	2,8	6,0	4,5	0,5
18	Flor de Maroñas	7.107	8.320	15.427	6	7	13	2,9	3,2	3,0	8,4	8,4	8,4	1,0
19	Las Canteras	8.289	9.876	18.165	5	2	7	2,4	0,9	1,6	6,0	2,0	3,9	3,0
20	Punta de Rieles, Bella Italia	8.629	9.082	17.711	6	8	14	2,9	3,7	3,3	7,0	8,8	7,9	0,8
21	Jardines del Hipódromo	7.629	8.450	16.079	8	4	12	3,8	1,8	2,8	10,5	4,7	7,5	2,2
22	Ituzaingó	5.232	5.863	11.095	4	5	9	1,9	2,3	2,1	7,6	8,5	8,1	0,9
23	Unión	15.059	19.185	34.244	5	5	10	2,4	2,3	2,3	3,3	2,6	2,9	1,3
24	Villa Española	8.624	10.266	18.890	9	3	12	4,3	1,4	2,8	10,4	2,9	6,4	3,6
25	Mercado Modelo y Bolívar	5.817	7.298	13.115	1	1	2	0,5	0,5	0,5	1,7	1,4	1,5	1,3
26	Castro, Castellanos	5.230	6.059	11.289	3	1	4	1,4	0,5	0,9	5,7	1,7	3,5	3,5
27	Cerrito	6.688	7.886	14.574	5	7	12	2,4	3,2	2,8	7,5	8,9	8,2	0,8
28	Las Acacias	7.934	8.957	16.891	5	6	11	2,4	2,8	2,6	6,3	6,7	6,5	0,9
29	Aires Puros	5.899	7.636	13.535	3	1	4	1,4	0,5	0,9	5,1	1,3	3,0	3,9
30	Casavalle	11.641	12.099	23.740	11	13	24	5,3	6,0	5,6	9,4	10,7	10,1	0,9
31	Piedras Blancas	7.716	8.454	16.170	6	3	9	2,9	1,4	2,1	7,8	3,5	5,6	2,2
32	Manga, Toledo Chico	8.358	8.479	16.837	4	10	14	1,9	4,6	3,3	4,8	11,8	8,3	0,4
33	Paso de las Duranas	4.553	5.498	10.051	0	3	3	0,0	1,4	0,7	0,0	5,5	3,0	0,0

Año_2008		Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes			ICS
ID_Barrío	Nombre del Barrio	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
34	Peñarol, Lavalleja	12.021	13.516	25.537	7	8	15	3,3	3,7	3,5	5,8	5,9	5,9	1,0
35	Cerro	10.519	12.095	22.614	12	7	19	5,7	3,2	4,4	11,4	5,8	8,4	2,0
36	Casabó, Pajas Blancas	10.450	10.865	21.315	8	5	13	3,8	2,3	3,0	7,7	4,6	6,1	1,7
37	La Paloma, Tomkinson	13.150	13.945	27.095	5	6	11	2,4	2,8	2,6	3,8	4,3	4,1	0,9
38	La Teja	7.349	8.743	16.092	1	2	3	0,5	0,9	0,7	1,4	2,3	1,9	0,6
39	Prado, Nueva Savona	7.654	9.699	17.353	0	3	3	0,0	1,4	0,7	0,0	3,1	1,7	0,0
40	Capurro, Bella Vista	6.065	7.757	13.822	1	2	3	0,5	0,9	0,7	1,6	2,6	2,2	0,6
41	Aguada	6.706	8.410	15.116	8	5	13	3,8	2,3	3,0	11,9	5,9	8,6	2,0
42	Reducto	5.280	6.751	12.031	4	1	5	1,9	0,5	1,2	7,6	1,5	4,2	5,1
43	Atahualpa	3.035	4.053	7.088	0	1	1	0,0	0,5	0,2	0,0	2,5	1,4	0,0
44	Jacinto Vera	3.324	4.257	7.581	2	1	3	1,0	0,5	0,7	6,0	2,3	4,0	2,6
45	La Figurita	4.231	5.533	9.764	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46	Larrañaga	6.639	8.663	15.302	1	1	2	0,5	0,5	0,5	1,5	1,2	1,3	1,3
47	La Blanqueada	3.393	4.845	8.238	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
48	Villa Muñoz, Retiro	5.230	6.672	11.902	3	5	8	1,4	2,3	1,9	5,7	7,5	6,7	0,8
49	La Comercial	4.231	5.663	9.894	0	4	4	0,0	1,8	0,9	0,0	7,1	4,0	0,0
50	Tres Cruces	5.810	8.387	14.197	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
51	Brazo Oriental	6.159	7.955	14.114	5	4	9	2,4	1,8	2,1	8,1	5,0	6,4	1,6
52	Sayago	5.609	7.025	12.634	1	4	5	0,5	1,8	1,2	1,8	5,7	4,0	0,3
53	Conciliación	6.494	7.420	13.914	0	3	3	0,0	1,4	0,7	0,0	4,0	2,2	0,0
54	Belvedere	7.949	9.622	17.571	4	2	6	1,9	0,9	1,4	5,0	2,1	3,4	2,4
55	Nuevo París	9.615	10.586	20.201	7	4	11	3,3	1,8	2,6	7,3	3,8	5,4	1,9
56	Tres Ombúes, Pueblo Victoria	6.684	7.620	14.304	2	4	6	1,0	1,8	1,4	3,0	5,2	4,2	0,6
57	Paso de la Arena	10.168	7.694	17.862	4	6	10	1,9	2,8	2,3	3,9	7,8	5,6	0,5
58	Colón Sureste, Abayubá	5.842	6.385	12.227	2	3	5	1,0	1,4	1,2	3,4	4,7	4,1	0,7
59	Colón Centro y Noroeste	9.798	11.165	20.963	0	3	3	0,0	1,4	0,7	0,0	2,7	1,4	0,0
60	Lezica, Melilla	6.294	6.632	12.926	3	3	6	1,4	1,4	1,4	4,8	4,5	4,6	1,1
61	Villa García, Manga Rural	9.447	9.513	18.960	3	3	6	1,4	1,4	1,4	3,2	3,2	3,2	1,0
62	Manga	6.611	7.285	13.896	4	2	6	1,9	0,9	1,4	6,1	2,7	4,3	2,2
63	Puerto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales		477.636	572.595	1.050.231	209	218	427	100,0	100,0	100,0	4,4	3,8	4,1	1,2

Montevideo_Año_2008	TIM	TIF	TIG	ICS
	4,4	3,9	4,1	1,2

TIG²⁰⁰⁸ (Barrio)

Al considerar la distribución de las TIG²⁰⁰⁸(Barrio) (Fig. 34^a), pudo observarse una regionalización con aspectos semejantes a los observados en las TIG²⁰⁰⁷(Barrio). Las tasas más elevadas se localizaron sobre una región principal ubicada al Este del departamento y algo extendida al Noreste -Casavalle (10,1), Flor de Maroñas (8,4), Manga Toledo Chico (8,3), Cerrito (8,2), Ituzaingó (8,1), Punta de Rieles (7,9) y Jardines del Hipódromo (7,5)-. Otros dos enclaves territoriales que contribuyeron sobre dicha regionalización en cuanto a tasas elevadas se dieron sobre el Sur de Montevideo -Barrio Sur (8,8), Ciudad Vieja (7,5), Aguada (8,6) y Villa Muñoz (6,7), estos dos últimos linderos al Hospital Vilardebó-, y al Suroeste del departamento -en función de los barrios Cerro (8,4) y Casabó-Pajas Blancas (6,4), contiguos-. Se volvió a constatar que las tasas más elevadas -si bien con algún caso puntual- se expresaron en barrios próximos o pertenecientes al borde Urbano-Rural de Montevideo (Ídem, explicación 32^a).

En cuanto a las tasas menos elevadas, pudo observarse que las mismas presentaron un patrón de distribución también con semejanzas al observado en las TIG²⁰⁰⁷(Barrio), es decir, cuya concentración se dio en algunos espacios del Centro de Montevideo y acentuándose en barrios cercanos o pertenecientes a la faja costera, si bien con alguna discontinuidad puntual.

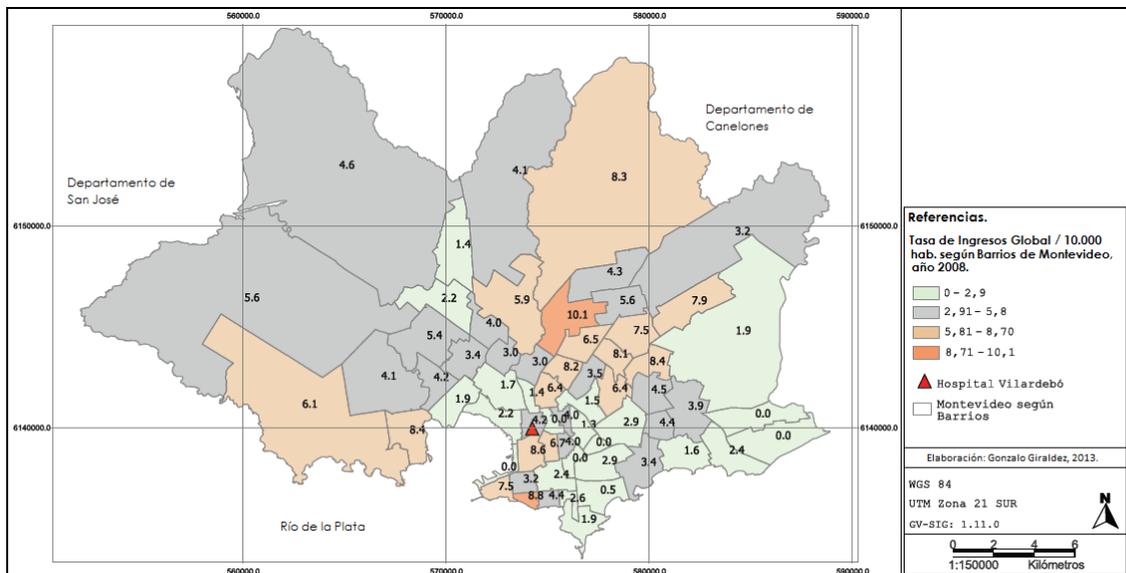


Figura 34^a. TIG²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

Al considerar la distribución de las TIG^{2008(Barrio)} en función del sexo, se pudieron observar las particularidades que determinaron la generalidad anteriormente descrita:

TIM^{2008 (Barrio)}

Al considerar las TIM^{2008(Barrio)} (Fig. 34^b), pudo visualizarse el muy importante peso relativo que tuvieron las mismas sobre las TIG^{2008(Barrio)}.

Hacia el Centro-Sur de Montevideo, en un enclave conformado por cuatro barrios contiguos, se pudieron observar las tres mayores tasas -Barrio Sur (15,6), Ciudad Vieja (12,1) y, en torno al hospital Vilardebó Aguada (11,9) y Reducto (7,6). Sin embargo, nuevamente la región Este del departamento agrupo el mayor número de barrios contiguos con valores de tasas considerables, sobresaliendo Jardines del Hipódromo (10,5), Villa Española (10,4) y Casavalle (9,4). Al Suroeste de Montevideo, Cerro (11,4) y Casabó-Pajas Blancas (7,8), conformaron nuevamente un enclave con tasas de importancia. El peso relativo de estos tres conjuntos de barrios sobre las TIG^{2008 (Barrio)} resulto trascendente.

En cuanto a las tasas menos elevadas, las mismas se desarrollaron esencialmente sobre barrios ubicados en el Centro de Montevideo y hacia la faja costera del mismo -si bien con alguna discontinuidad puntual-, y ampliándose sobre algunos espacios del Centro-Noroeste.

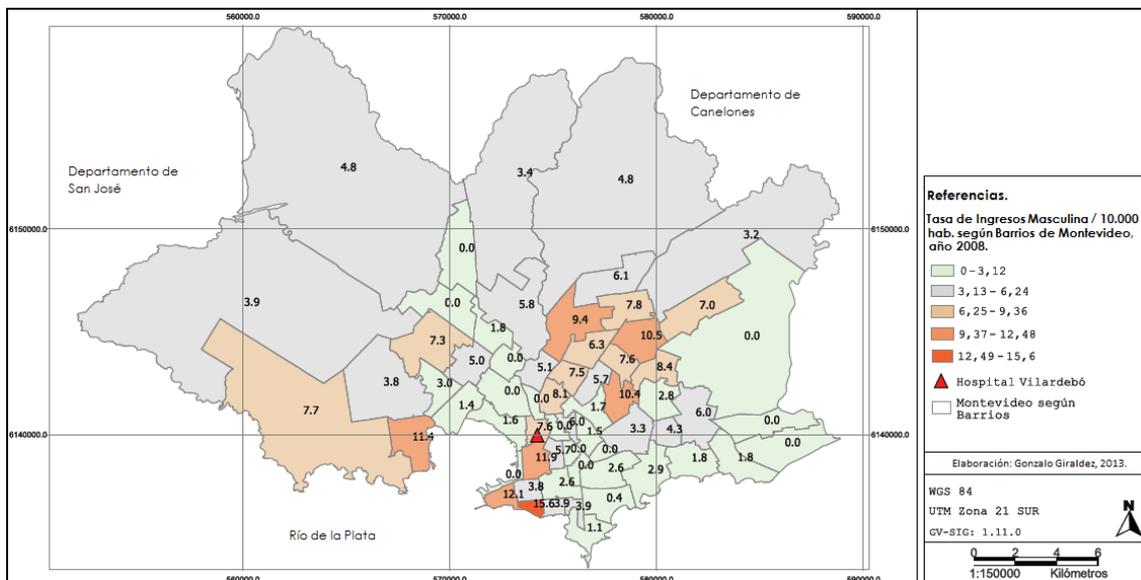


Figura 34^b. TIM²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

TIF²⁰⁰⁸ (Barrio)

Respecto a las TIF²⁰⁰⁸(Barrio) (Fig. 34^C), pudo observarse que las tasas más elevadas presentaron un patrón de distribución absolutamente concentrado sobre la región Este-Noreste de Montevideo, destacándose Manga Toledo Chico (11,8), Casavalle (10,7), Cerrito (8,9) y Punta de Rieles-Bella Italia (8,8). Este hecho, permitió conocer el importante peso relativo de las TIF²⁰⁰⁸(Barrio) sobre las TIG²⁰⁰⁸(Barrio) en dicha región del departamento.

Un enclave que presentó también tasas considerables lo conformaron los barrios contiguos Villa Muñoz-Retiro (7,5) y La Comercial (7,1), próximos al hospital Vilardebó.

Las tasas menos elevadas a su vez, repitieron a grandes rasgos el patrón de distribución observado en las TIM²⁰⁰⁸(Barrio), ocupando espacios del Centro de Montevideo y en dirección a los barrios ubicados próximos o sobre la faja costera.

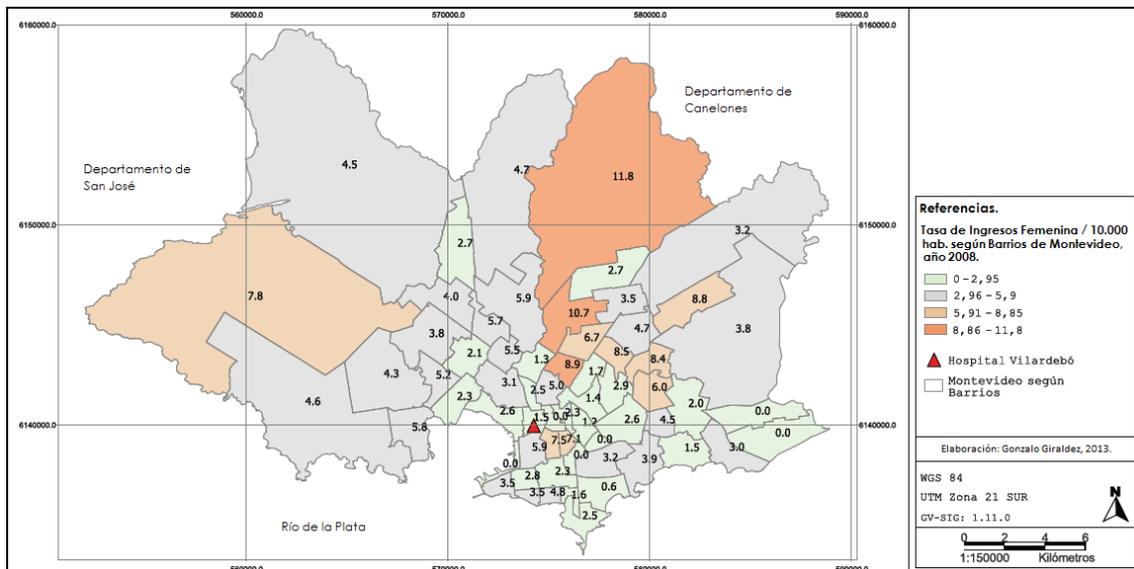


Figura 34^C. TIF²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

5.2.3 Caracterización espacial de la población según barrios de Montevideo, bi-enio 2007- 2008

La digitalización de los domicilios de quienes ingresaron al CA por vez primera durante el bi-enio 2007- 2008, a partir del archivo Ing_2007_2008 -en formato vectorial-, permitió su visualización desde el SIGSM (Tabla 34) y (Fig. 35, 36, 37 y 38).

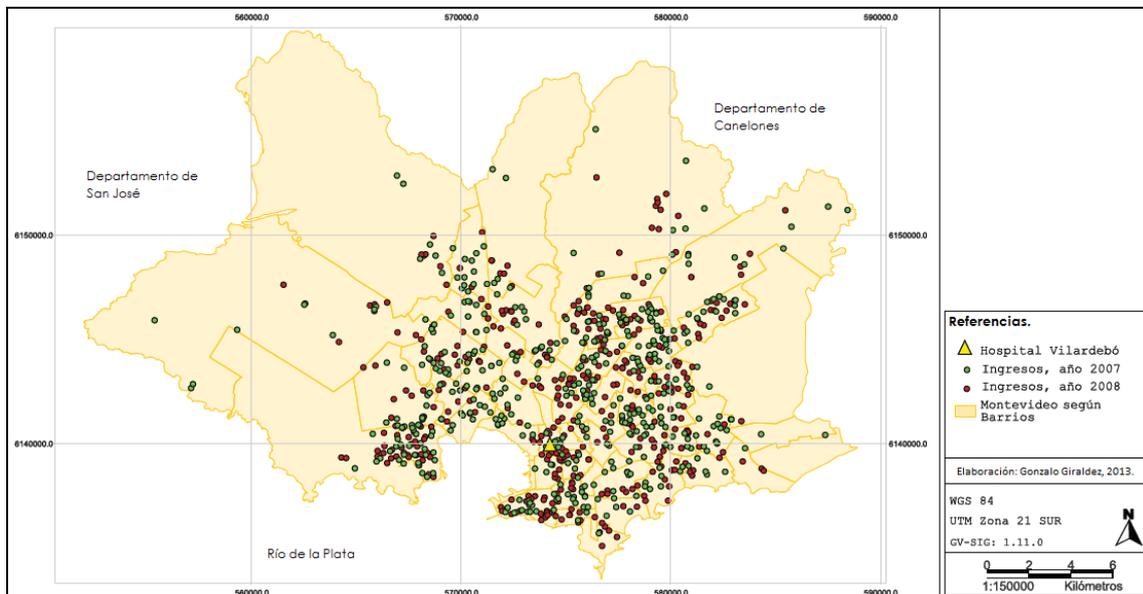


Figura 35. Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA, durante el bi-enio 2007 y 2008.

La $TIG^{2007-2008}$ al CA / 10.000 habitantes para Montevideo fue de 8,3.

Tabla 34. Caracterización espacial de la población a estudio, bi-enio 2007- 2008.

Bi- enio 2007 - 2 0 0 8		Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes			ICS	TIG²⁰⁰⁷	TIG²⁰⁰⁸	ICD
N° Barrio	Nombre del Barrio	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Global				
1	Ciudad Vieja	4.978	5.678	10.656	7	9	16	1,6	2,1	1,8	14,1	15,9	15,0	0,9	6,6	7,5	0,9
2	Centro	7.881	10.724	18.605	6	5	11	1,4	1,2	1,3	7,6	4,7	5,9	1,6	2,7	3,2	0,8
3	Barrio Sur	4.482	5.749	10.231	7	4	11	1,6	0,9	1,3	15,6	7,0	10,8	2,2	2,0	8,8	0,2
4	Cordón	15.568	21.671	37.239	12	10	22	2,7	2,3	2,5	7,7	4,6	5,9	1,7	3,5	2,4	1,4
5	Palermo	5.190	6.300	11.490	2	3	5	0,5	0,7	0,6	3,9	4,8	4,4	0,8	0,0	4,4	0,0
6	Parque Rodó	5.172	6.447	11.619	4	1	5	0,9	0,2	0,6	7,7	1,6	4,3	5,0	1,7	2,6	0,7
7	Punta Carretas	9.235	12.116	21.351	2	4	6	0,5	0,9	0,7	2,2	3,3	2,8	0,7	0,9	1,9	0,5
8	Pocitos	25.383	35.379	60.762	3	4	7	0,7	0,9	0,8	1,2	1,1	1,2	1,0	0,7	0,5	1,3
9	Buceo	13.916	17.991	31.907	9	10	19	2,0	2,3	2,2	6,5	5,6	6,0	1,2	2,5	3,4	0,7
10	Parque Batlle, Villa Dolores	11.744	15.561	27.305	5	10	15	1,1	2,3	1,7	4,3	6,4	5,5	0,7	2,6	2,9	0,9
11	Malvín	10.814	13.544	24.358	5	4	9	1,1	0,9	1,0	4,6	3,0	3,7	1,6	2,1	1,6	1,2
12	Malvín Norte	7.010	8.960	15.970	7	7	14	1,6	1,6	1,6	10,0	7,8	8,8	1,3	4,4	4,4	1,0
13	Punta Gorda	5.542	6.709	12.251	1	3	4	0,2	0,7	0,5	1,8	4,5	3,3	0,4	0,8	2,4	0,3
14	Carrasco	6.032	7.118	13.150	1	0	1	0,2	0,0	0,1	1,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8	0,0
15	Carrasco Norte	4.877	5.464	10.341	1	1	2	0,2	0,2	0,2	2,1	1,8	1,9	1,1	1,9	0,0	0,0
16	Bañados de Carrasco	2.510	2.640	5.150	1	2	3	0,2	0,5	0,3	4,0	7,6	5,8	0,5	3,9	1,9	2,0
17	Maroñas, Parque Guaraní	7.140	8.380	15.520	7	7	14	1,6	1,6	1,6	9,8	8,4	9,0	1,2	4,5	4,5	1,0
18	Flor de Maroñas	7.107	8.320	15.427	12	11	23	2,7	2,6	2,6	16,9	13,2	14,9	1,3	6,5	8,4	0,8
19	Las Canteras	8.289	9.876	18.165	11	6	17	2,5	1,4	2,0	13,3	6,1	9,4	2,2	5,5	3,9	1,4
20	Punta de Rieles, Bella Italia	8.629	9.082	17.711	15	12	27	3,4	2,8	3,1	17,4	13,2	15,2	1,3	7,3	7,9	0,9
21	Jardines del Hipódromo	7.629	8.450	16.079	18	13	31	4,1	3,0	3,6	23,6	15,4	19,3	1,5	11,8	7,5	1,6
22	Ituzaingó	5.232	5.863	11.095	7	7	14	1,6	1,6	1,6	13,4	11,9	12,6	1,1	4,5	8,1	0,6
23	Unión	15.059	19.185	34.244	11	10	21	2,5	2,3	2,4	7,3	5,2	6,1	1,4	3,2	2,9	1,1
24	Villa Española	8.624	10.266	18.890	16	10	26	3,6	2,3	3,0	18,6	9,7	13,8	1,9	7,4	6,4	1,2
25	Mercado Modelo y Bolívar	5.817	7.298	13.115	3	6	9	0,7	1,4	1,0	5,2	8,2	6,9	0,6	5,3	1,5	3,5
26	Castro, Castellanos	5.230	6.059	11.289	4	2	6	0,9	0,5	0,7	7,6	3,3	5,3	2,3	1,8	3,5	0,5
27	Cerrito	6.688	7.886	14.574	12	11	23	2,7	2,6	2,6	17,9	13,9	15,8	1,3	7,6	8,2	0,9
28	Las Acacias	7.934	8.957	16.891	9	13	22	2,0	3,0	2,5	11,3	14,5	13,0	0,8	0,8	6,5	0,1
29	Aires Puros	5.899	7.636	13.535	4	2	6	0,9	0,5	0,7	6,8	2,6	4,4	2,6	1,5	3,0	0,5
30	Casavalle	11.641	12.099	23.740	25	20	45	5,6	4,7	5,2	21,5	16,5	19,0	1,3	8,9	10,1	0,9
31	Piedras Blancas	7.716	8.454	16.170	15	8	23	3,4	1,9	2,6	19,4	9,5	14,2	2,1	8,7	5,6	1,6
32	Manga, Toledo Chico	8.358	8.479	16.837	11	12	23	2,5	2,8	2,6	13,2	14,2	13,7	0,9	5,4	8,3	0,6
33	Paso de las Duranas	4.553	5.498	10.051	1	4	5	0,2	0,9	0,6	2,2	7,3	5,0	0,3	2,0	3,0	0,7

Bi- enio 2007 - 2 0 0 8		Población (= o > a 15 años). Fuente: INE, Fase I, 2004			Frecuencia Absoluta de Ingresos			Porcentaje de Ingresos			Tasa de Ingresos / 10.000 habitantes						
N° Barrio	Nombre del Barrio	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Global	ICS	TIG²⁰⁰⁷	TIG²⁰⁰⁸	ICD
34	Peñarol, Lavalleja	12.021	13.516	25.537	12	18	30	2,7	4,2	3,4	10,0	13,3	11,7	0,7	5,9	5,9	1,0
35	Cerro	10.519	12.095	22.614	22	19	41	5,0	4,4	4,7	20,9	15,7	18,1	1,3	9,7	8,4	1,2
36	Casabó, Pajas Blancas	10.450	10.865	21.315	15	7	22	3,4	1,6	2,5	14,4	6,4	10,3	2,2	4,2	6,1	0,7
37	La Paloma, Tomkinson	13.150	13.945	27.095	16	10	26	3,6	2,3	3,0	12,2	7,2	9,6	1,7	5,5	4,1	1,4
38	La Teja	7.349	8.743	16.092	5	8	13	1,1	1,9	1,5	6,8	9,2	8,1	0,7	6,2	1,9	3,3
39	Prado, Nueva Savona	7.654	9.699	17.353	4	7	11	0,9	1,6	1,3	5,2	7,2	6,3	0,7	4,6	1,7	2,7
40	Capurro, Bella Vista	6.065	7.757	13.822	5	6	11	1,1	1,4	1,3	8,2	7,7	8,0	1,1	5,8	2,2	2,7
41	Aguada	6.706	8.410	15.116	9	7	16	2,0	1,6	1,8	13,4	8,3	10,6	1,6	2,0	8,6	0,2
42	Reducto	5.280	6.751	12.031	10	4	14	2,3	0,9	1,6	18,9	5,9	11,6	3,2	7,5	4,2	1,8
43	Atahualpa	3.035	4.053	7.088	0	1	1	0,0	0,2	0,1	0,0	2,5	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0
44	Jacinto Vera	3.324	4.257	7.581	4	2	6	0,9	0,5	0,7	12,0	4,7	7,9	2,6	4,0	4,0	1,0
45	La Figurita	4.231	5.533	9.764	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46	Larrañaga	6.639	8.663	15.302	1	2	3	0,2	0,5	0,3	1,5	2,3	2,0	0,7	0,7	1,3	0,5
47	La Blanqueada	3.393	4.845	8.238	1	2	3	0,2	0,5	0,3	2,9	4,1	3,6	0,7	0,0	0,0	0,0
48	Villa Muñoz, Retiro	5.230	6.672	11.902	7	5	12	1,6	1,2	1,4	13,4	7,5	10,1	1,8	3,4	6,7	0,5
49	La Comercial	4.231	5.663	9.894	0	5	5	0,0	1,2	0,6	0,0	8,8	5,1	0,0	1,0	4,0	0,2
50	Tres Cruces	5.810	8.387	14.197	1	1	2	0,2	0,2	0,2	1,7	1,2	1,4	1,4	0,0	0,0	0,0
51	Brazo Oriental	6.159	7.955	14.114	8	4	12	1,8	0,9	1,4	13,0	5,0	8,5	2,6	2,1	6,4	0,3
52	Sayago	5.609	7.025	12.634	2	4	6	0,5	0,9	0,7	3,6	5,7	4,7	0,6	0,8	4,0	0,2
53	Conciliación	6.494	7.420	13.914	4	10	14	0,9	2,3	1,6	6,2	13,5	10,1	0,5	7,9	2,2	3,7
54	Belvedere	7.949	9.622	17.571	9	7	16	2,0	1,6	1,8	11,3	7,3	9,1	1,6	5,7	3,4	1,7
55	Nuevo París	9.615	10.586	20.201	13	15	28	2,9	3,5	3,2	13,5	14,2	13,9	1,0	8,4	5,4	1,5
56	Tres Ombúes, Pueblo Victoria	6.684	7.620	14.304	5	7	12	1,1	1,6	1,4	7,5	9,2	8,4	0,8	4,2	4,2	1,0
57	Paso de la Arena	10.168	7.694	17.862	7	12	19	1,6	2,8	2,2	6,9	15,6	10,6	0,4	5,0	5,6	0,9
58	Colón Sureste, Abayubá	5.842	6.385	12.227	5	4	9	1,1	0,9	1,0	8,6	6,3	7,4	1,4	3,3	4,1	0,8
59	Colón Centro y Noroeste	9.798	11.165	20.963	4	10	14	0,9	2,3	1,6	4,1	9,0	6,7	0,5	5,3	1,4	3,7
60	Lezica, Melilla	6.294	6.632	12.926	5	8	13	1,1	1,9	1,5	7,9	12,1	10,1	0,7	5,4	4,6	1,2
61	Villa García, Manga Rural	9.447	9.513	18.960	9	8	17	2,0	1,9	2,0	9,5	8,4	9,0	1,1	5,8	3,2	1,8
62	Manga	6.611	7.285	13.896	7	3	10	1,6	0,7	1,1	10,6	4,1	7,2	2,6	2,9	4,3	0,7
63	Puerto	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totales		477.636	572.595	1.050.231	444	427	871	100,0	100,0	100,0	9,3	7,5	8,3	1,2	4,2	4,1	1,02

Montevideo_bi-enio_2007-2008	TIM	TIF	TIG	ICS	ICD
	9,1	7,7	8,3	1,3	1,0

TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ (Barrio)

Al considerar la distribución de las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) (Fig. 36), pudo confirmarse la existencia de una región principal ubicada al Este-Noreste de Montevideo, en la cual no solo se dieron las tasas más elevadas al CA sino el mayor agrupamiento de barrios contiguos con valores de consideración -Jardines del Hipódromo (19,3), Casavalle (19), Cerrito (15,8), Punta de Rieles (15,2), Flor de Maroñas (14,9), Piedras Blancas (14,2), Villa Española (13,8), Manga Toledo Chico (13,7) y Las Acacias (13)-. Este comportamiento territorial ya había sido evidenciado en el análisis de las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) y TIG²⁰⁰⁸(Barrio), en función esencialmente del importante peso relativo de las TIM. Cerro (18,1), ubicado al Suroeste del departamento -a partir fundamentalmente del importante peso relativo de las TIG²⁰⁰⁷(Barrio)-, Ciudad Vieja (15), ubicado al Sur de Montevideo -con incidencia dispar de cada año- al igual que Nuevo París (13,9), resultaron tres enclaves puntuales con tasas de importancia. Si bien con alguna excepción, se confirmó lo observado tanto en las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) y las TIG²⁰⁰⁸(Barrio), en el hecho de que las tasas más elevadas se observaron fundamentalmente sobre barrios cuyos espacios en varios casos ofician de transición entre Montevideo Urbano y Montevideo Rural, en donde se desarrollan dinámicas características de zonas Periurbanas, con una alta complejidad socioterritorial (Ídem explicación 32^a).

En cuanto a las tasas menos elevadas, pudo observarse que las mismas presentaron un patrón de distribución que reflejó lo observado en las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) y TIG²⁰⁰⁸(Barrio), es decir, desarrolladas esencialmente en barrios ubicados en el Centro del departamento y en dirección Sur-Sureste, sobre espacios próximos o sobre la faja costera. Dicha distribución de TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) permitió confirmar la existencia de cierta *zonificación* o *gradiente de tasas ascendente* -si bien no lineal- desde el Centro de Montevideo en sentido Este y Oeste del mismo, dado fundamentalmente por el fuerte peso relativo de las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) y en menor grado por las TIG²⁰⁰⁸(Barrio).

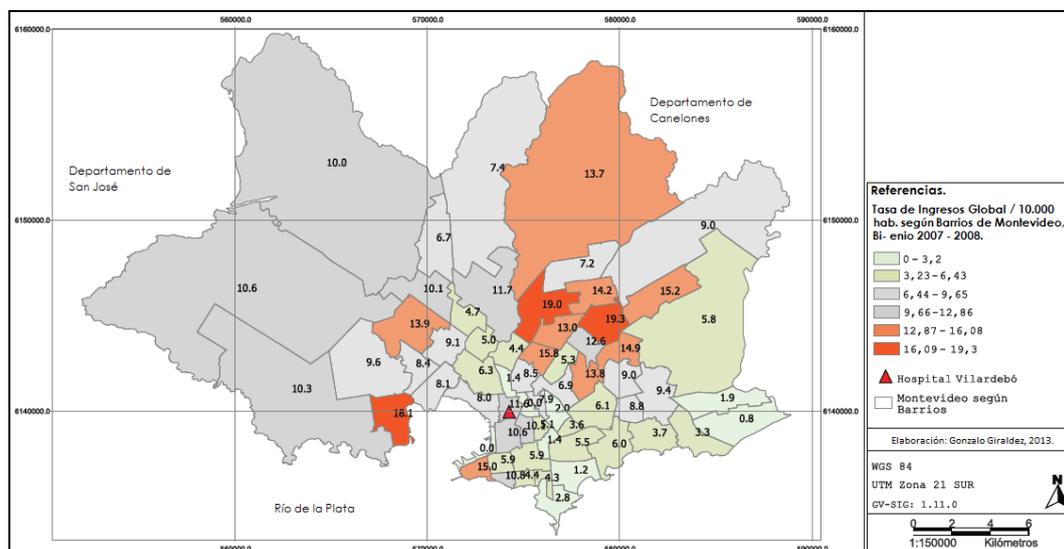


Figura 36. TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

5.2.3.1 ICS²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ (Barrio)

A partir del ICS²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio), se observó que las TIM²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) predominaron en el 55,5% de los barrios. Por su parte, las TIF²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) lo hicieron en el 33,3% de los mismos (Tabla 35) y (Fig. 37).

Tabla 35. ICS según barrios de Montevideo.

ICS	0	< a 1 TIPF > TIPM	1	> a 1 TIPM > TIPF	Total
N° Barrios	5	21	2	35	63
Porcentaje (%)	7,9	33,3	3,3	55,5	100,0

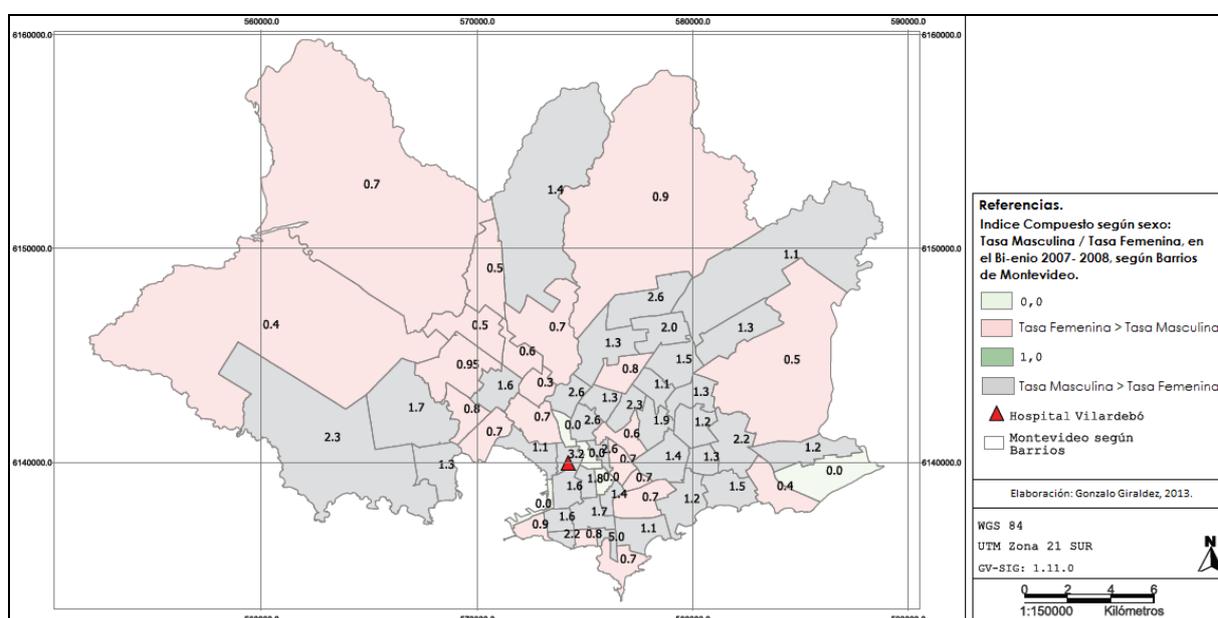


Figura 37. ICS²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

Las TIM²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) predominaron esencialmente en la región Este -comprendiendo algunos espacios hacia el Noreste y Sureste-, Centro Sur y Suroeste del departamento.

Por su parte, las TIF²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) predominaron fundamentalmente en la región Centro-Oeste, Noroeste y Norte del departamento, con algunos enclaves puntuales próximos y sobre la faja costera.

5.2.3.2 ICD^{2007/2008} (Barrio)

A partir del ICD^{2007/2008}(Barrio), se observó que las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) predominaron en el 44,5% de los barrios. Por su parte, las TIG²⁰⁰⁸(Barrio) lo hicieron en el 34,9% de los mismos (Tabla 36) y (Fig. 38).

Tabla 36. ICD según barrios de Montevideo.

ICD	0	< a 1 TIP 2007 > TIP 2008	1	> a 1 TIP 2008 > TIP 2007	Total
N° Barrios	8	28	5	22	63
Porcentaje (%)	12,7	44,5	7,9	34,9	100,0

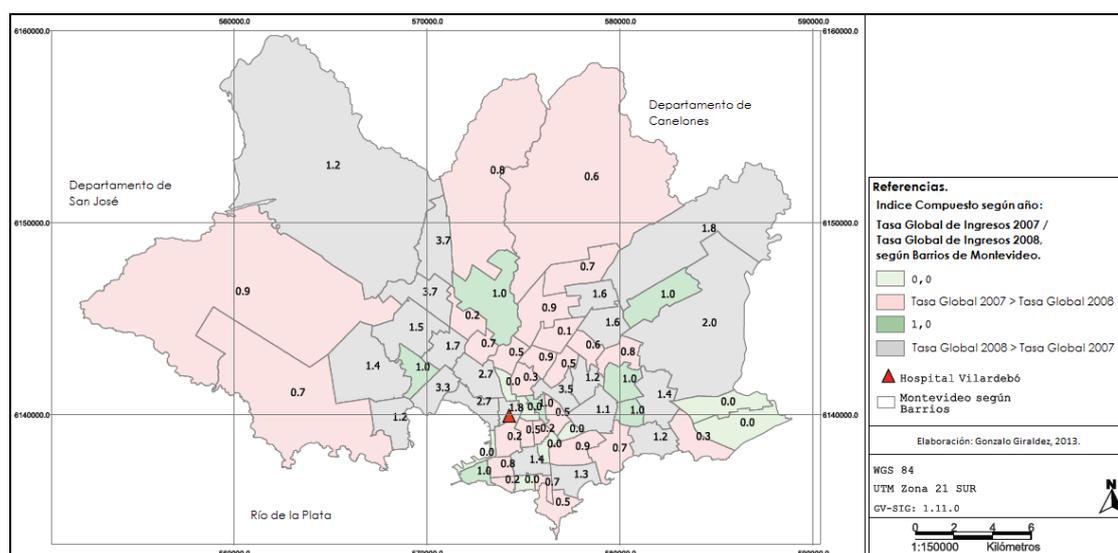


Figura 38. ICD²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ según barrios de Montevideo.

Las TIG²⁰⁰⁷(Barrio) predominaron esencialmente sobre un conjunto de barrios ubicados en la región Centro en dirección Norte-Noreste del departamento, como así en un núcleo de barrios localizados desde el Centro y hacia el Sur de Montevideo, si bien no continuo, lo que permitió visualizar que ambos agrupamientos conformaron una faja que ocurre de Norte a Sur si bien en torno al hospital Vilardebó y sobre la zona costera se observaron algunos vacíos.

Respecto a las TIG²⁰⁰⁸(Barrio), las mismas predominaron esencialmente en espacios externos a la faja Norte-Sur en la cual predominaron las TIG²⁰⁰⁷(Barrio), fundamentalmente en casi toda la región Oeste del departamento, salvo una discontinuidad sobre dos barrios periféricos. Su otra región de importancia, hacia el Este, presentó varias discontinuidades. La dinámica espacial de los ingresos primarios al CA, observados en función de una unidad temporal, podría estar explicando la existencia de una tendencia territorial, de igual forma que para el ICS observado anteriormente.

5.2.4 Principales Grupos de Trastornos de la población a estudio en función de los barrios de Montevideo: bi-enio 2007-2008

Considerando los PGT en función del bi-enio ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio), pudo observarse que el grupo F2x predominó en el 44,5% de los barrios y que el grupo F3x lo hizo en el 33,5% de los mismos, destacándose ambas prevalencias respecto de los otros grupos (Tabla 37) y (Fig. 39).

Tabla 37. Prevalencia de los PGT de la población a estudio en función de los barrios de Montevideo.

	EE	F1x	F2x	F3x	F6x	F7x
Nº Barrios	3	3	28	21	4	4
Porcentaje	4,7	4,7	44,5	33,5	6,3	6,3

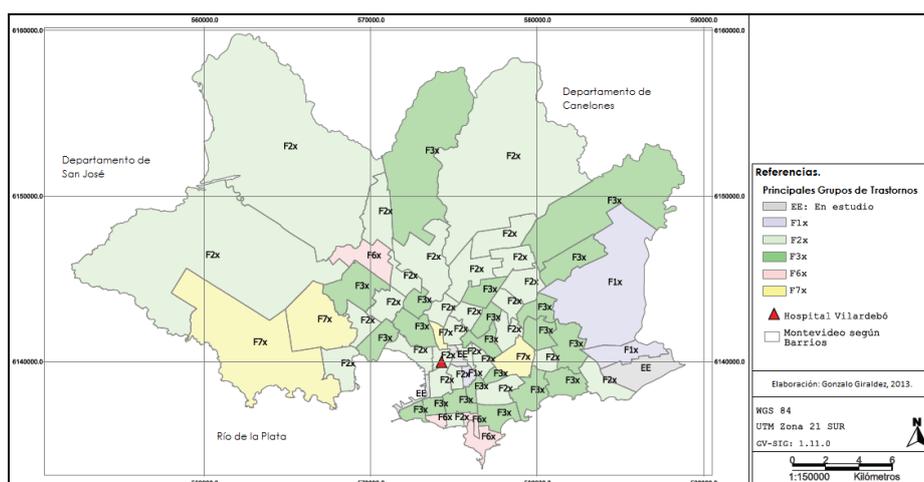


Figura 39. PGT de la población a estudio en función de los barrios de Montevideo, bi-enio 2007-2008.

El grupo F2x -Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes- presentó una distribución territorial extendida, acentuada en el Centro Sur de Montevideo -en torno a un núcleo de barrios próximos al hospital Vilardebó-, y esencialmente desde allí hacia el Norte, si bien con alguna discontinuidad. Su mayor prevalencia en aquellos barrios ubicados sobre la faja costera, fue puntual. Por su parte, el grupo F3x -Trastornos del humor (afectivos)- presentó un área principal de prevalencia próxima o sobre la zona costera del departamento -si bien con algún vacío- y sobre dos núcleos de barrios localizados sobre el Centro-Este y Centro-Oeste de Montevideo. Si bien los grupos F6x -Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos-, F7x -Retraso mental- y F1x -Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas-, predominaron en cada caso sobre un número reducido de barrios, lo hicieron en función de enclaves muy notorios: tres de los cuatro barrios en los que predominó el grupo F6x se dieron contiguos entre sí, localizándose sobre la faja costera; dos de los cuatro barrios en los que predominó el grupo F7x se ubicaron linderos y sobre el Suroeste del departamento y, dos de los tres barrios en los que predominó el grupo F1x se localizaron contiguos al Este de Montevideo.

5.2.5 Correlaciones lineales simples

5.2.5.1 Correlación lineal i

TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE-, según barrios de Montevideo (Fig. 40^a y 40^b) y (Tabla 38).

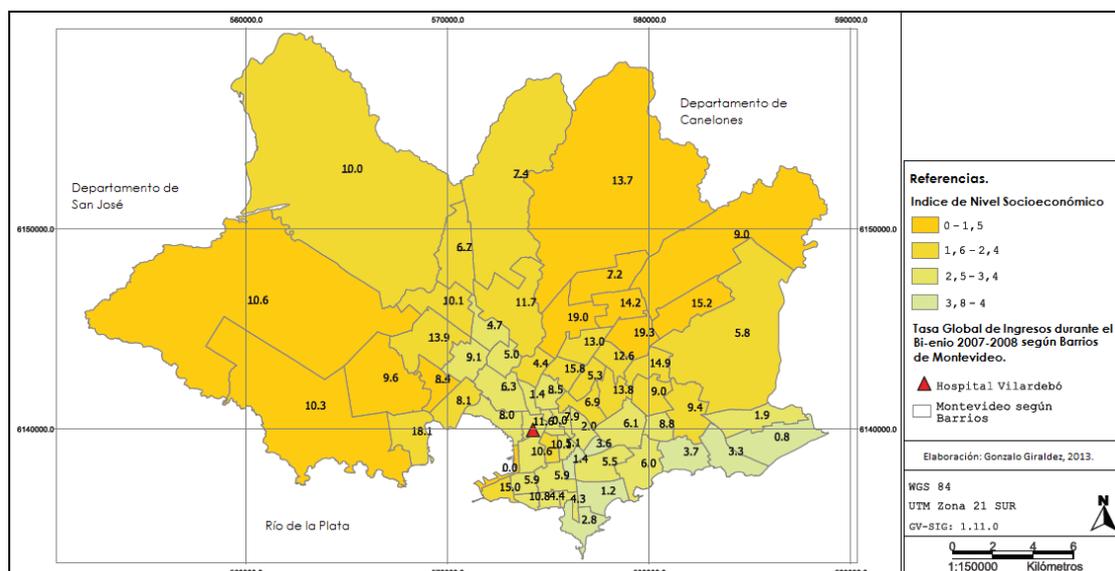


Figura 40^a. Cartografía referente a la Correlación lineal i.

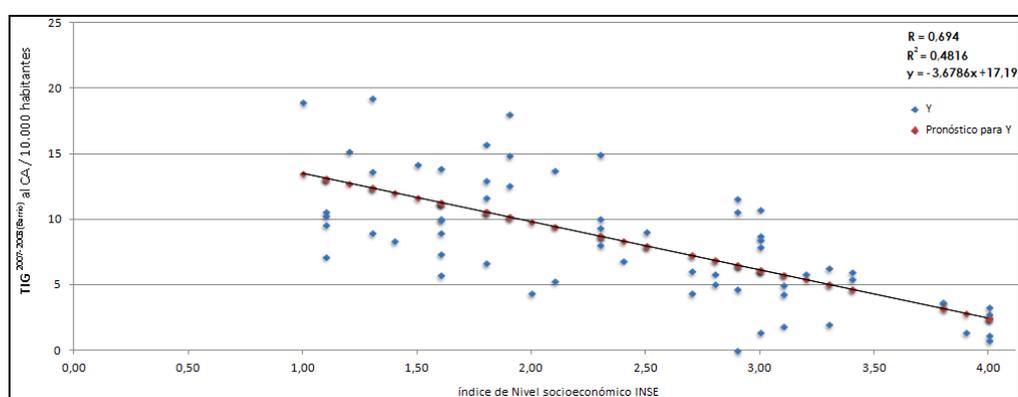


Figura 40^b. Recta referente a la Correlación lineal i.

Tabla 38. Estadístico de la Correlación lineal i.

Coefficiente de correlación múltiple	- 0,694
Coefficiente de determinación R ²	0,4816
Error típico	3,3943
Casos	62

El valor de r^i denota una correlación negativa y significativa entre el INSE y las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) / 10.000 habitantes al CA.

5.2.5.2 Correlación lineal ii

TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA / 10.000 habitantes en función del Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el ciclo básico, según barrios de Montevideo (Fig. 41^a y 41^b) y (Tabla 39).

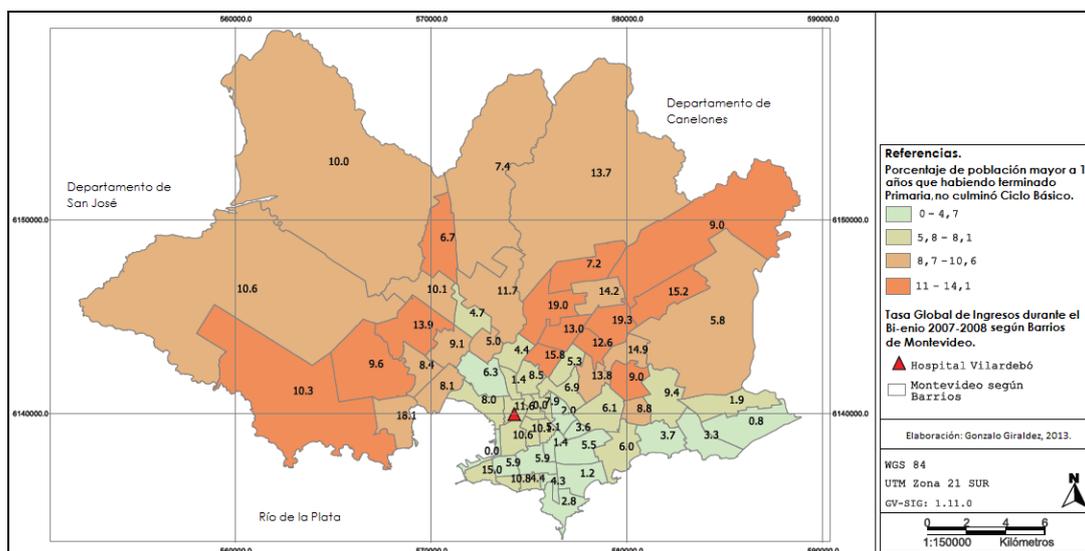


Figura 41^a. Cartografía referente a la Correlación lineal ii.

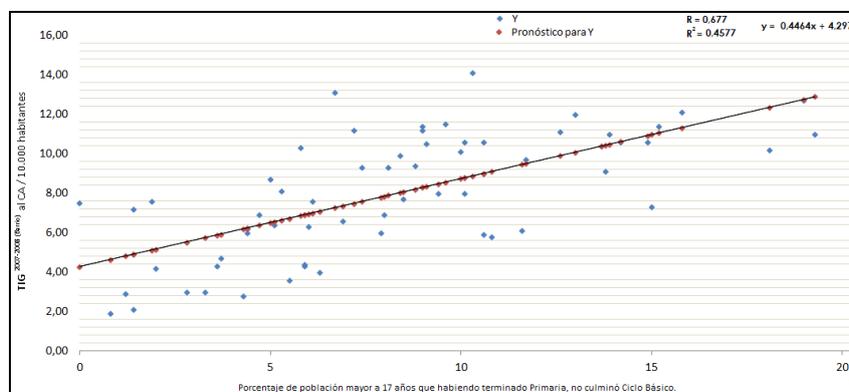


Figura 41^b. Recta referente a la Correlación lineal ii.

Tabla 39. Estadístico de la Correlación lineal ii.

Coefficiente de correlación múltiple	0,677
Coefficiente de determinación R ²	0,4577
Error típico	2,2905
Casos	62

El valor de r^{ii} denota una correlación positiva y significativa entre la variable educativa considerada y las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) / 10.000 habitantes al CA.

5.2.5.3 Correlación lineal iii

Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el ciclo básico en función del Índice de Nivel socioeconómico -INSE-, según barrios de Montevideo (Fig. 42) y (Tabla 40).

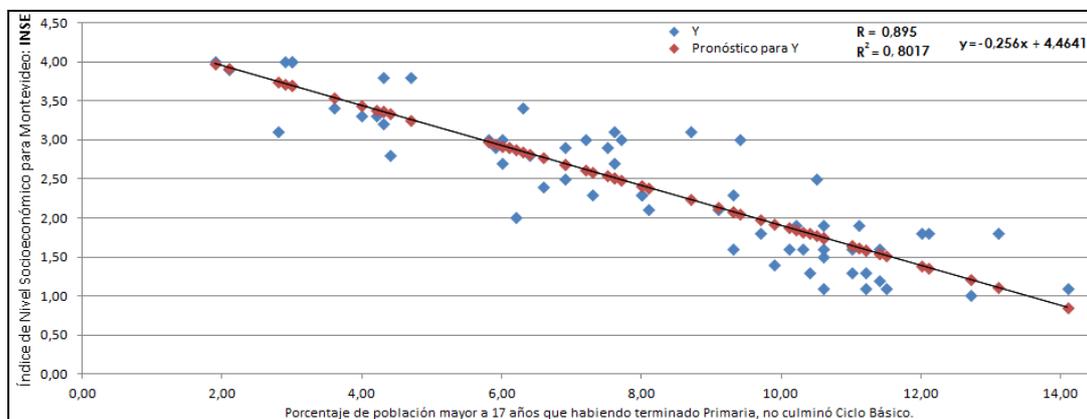


Figura 42. Recta referente a la Correlación lineal iii.

Tabla 40. Estadístico de la Correlación lineal iii.

Coefficiente de correlación múltiple	-	0,895
Coefficiente de determinación R ²		0,8017
Error típico		0,3961
Casos		62

El valor de r^{iii} muestra un grado de correlación negativo y muy alto entre el INSE y la variable educativa considerada.

5.3. Resultados referentes al objetivo específico III

5.3.1 Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, año 2007

El cálculo del:

Índice Rn = 0,84, sugiere la existencia de un sistema de nodos con distribución aleatoria tendiente a la concentración según categorización presentada por Del Canto *et al.* (1998). El aspecto concentrado de la Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, se observó sobre la región Este del departamento, en función de que, sobre un área acotada de territorio, estaban inscriptos el 50% de los ECSM considerados: La Cruz de Carrasco, Vicenza, Maroñas, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas y Misurraco.

El cálculo del:

Centro de Gravedad Simple -CGS- con $\bar{X} = 575.606,7$ e $\bar{Y} = 6.143.173,6$ y

Centro Mediano de Distribución -CMD- con $X = 576.835,7$ e $Y = 6.143.332,3$, ambos localizados sobre el sector Centro Este de Montevideo, contribuyeron en explicar las características concentradas del sistema, ya mencionadas en función del Índice Rn hallado (Fig. 43).

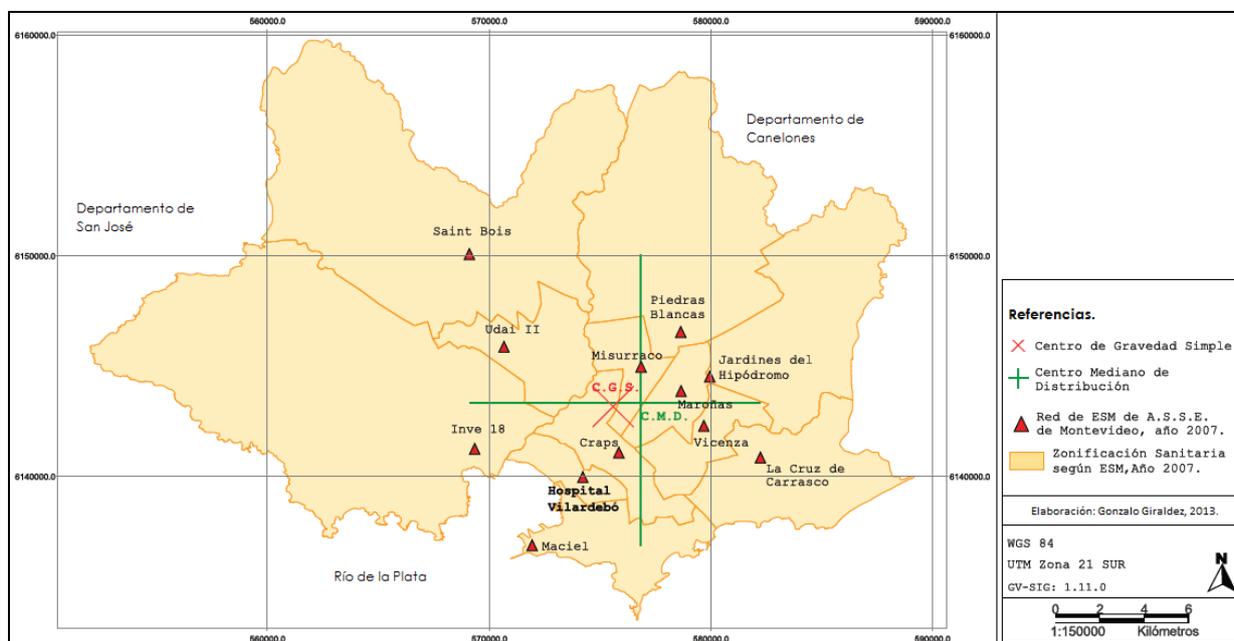


Figura 43. Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, año 2007.

5.3.2 Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo en función de la población a estudio

El cálculo del:

_Centro de Gravedad Ponderado²⁰⁰⁷ -CGP²⁰⁰⁷ - con $X= 574.671$ e $Y = 6.142.572$ y el **_Centro de Gravedad Ponderado²⁰⁰⁸ -CGP²⁰⁰⁸** - con $X= 574.863$ e $Y = 6.142.187$, basado en el factor de ponderación *personas asignadas a cada ECSM según CS* (Tabla 41), permitió observar que el CGP²⁰⁰⁸ se localizó casi 200mts más al Este y casi 430mts más al Sur que el CGP²⁰⁰⁷, demostrando que el peso relativo de los ECSM ubicados al Sur y Este del CMD se acentuó durante 2008 en relación a los ECSM ubicados al Norte y Oeste del CMD (Fig. 44).

Tabla 41. Distribución de la población a estudio en función de las Cuencas Sanitarias de los ECSM de ASSE insertos en la ciudad de Montevideo.

Nombre_ECSM	Ing_2007	Ing_2008	Ing_2007-2008	%_2007	%_2008	%_2007-2008	Evolución_2007-2008
Saint Bois	24	14	38	5,41	3,28	4,36	-2,13
Udai II	28	27	55	6,31	6,32	6,31	+0,1
Inve 18	102	78	180	22,97	18,27	20,67	-4,7
Craps	27	31	58	6,08	7,26	6,66	+1,18
Maciel	46	63	109	10,36	14,75	12,51	+4,39
Jardines	24	19	43	5,41	4,45	4,94	-0,96
La Cruz	31	30	61	6,98	7,03	7,00	+0,05
Piedras Blancas	30	28	58	6,76	6,56	6,66	-0,2
Vilardebó	24	29	53	5,41	6,79	6,08	+1,38
Misurráco	35	42	77	7,88	9,84	8,84	+1,96
Vicenza	39	35	74	8,78	8,20	8,50	-0,58
Maroñas	34	31	65	7,66	7,26	7,46	-0,4

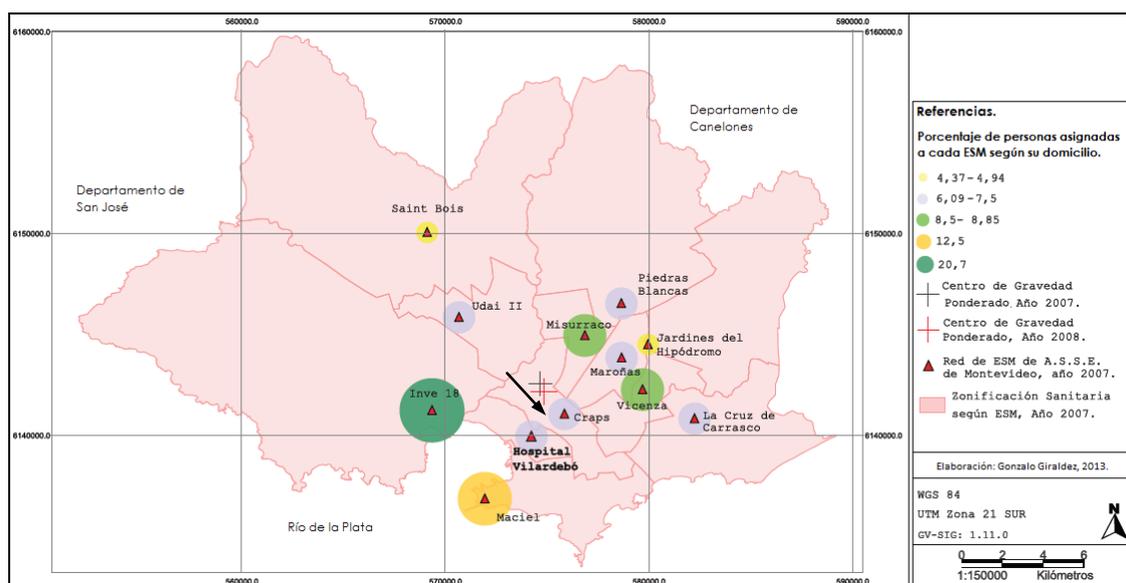


Figura 44. Estudio Centrográfico de la red de ECSM de ASSE en función de sus Cuencas Sanitarias y la población a estudio.

Un último abordaje permitió observar la distribución geográfica de las TIG^{2007-2008(Barrio)} / 10.000 habitantes al CA, en función de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo (Fig. 45).

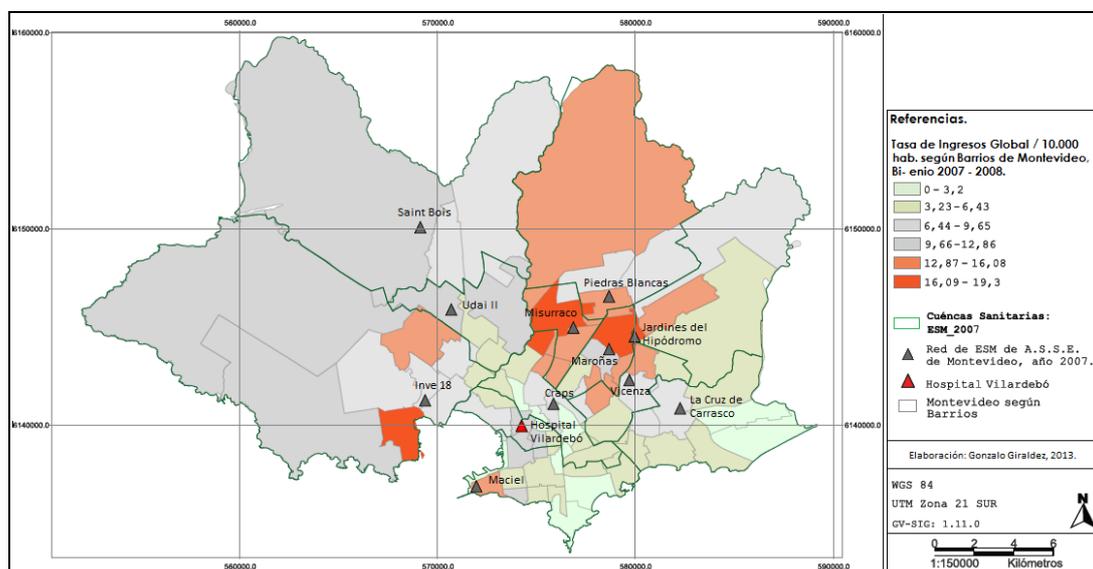


Figura 45. Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, en función de las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸.

Al respecto, se visualizaron dos situaciones: *la primera*, en virtud de la concentración de cinco de los doce ECSM sobre un espacio acotado de territorio al Este-Noreste del departamento, región en la cual sobre un núcleo de barrios contiguos se presentaron también las más elevadas TIG^{2007-2008(Barrio)} al CA ; *la segunda*, desarrollada sobre la región Oeste del departamento, visualizándose que, un único ECSM, Inve 18, comprendiera en su CS el 20,7% de la población estudiada. De allí lo relevante que desde finales de Agosto de 2008 sobre dicha región se incorporara el ECSM Maracaná Sur (Fig. 46).

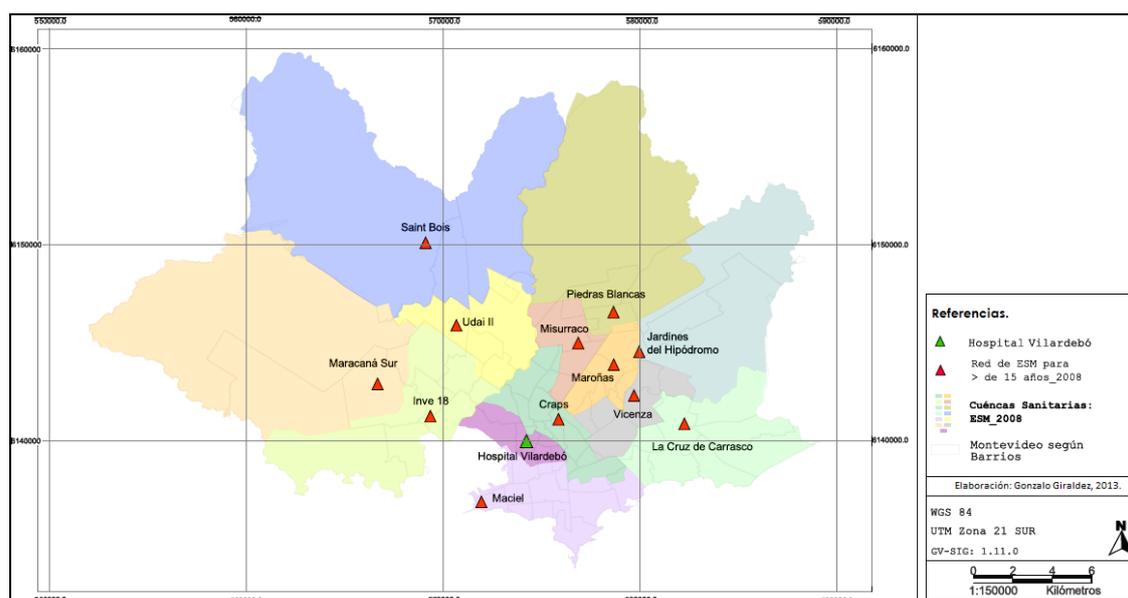


Figura 46. Red de ECSM de ASSE de Montevideo en función de sus Cuencas Sanitarias, año 2008.

Estos aspectos señalan que en aquellos sectores del departamento en los cuales se observaron las mayores tasas de ingresos al CA, fue posible visualizar una marcada presencia asistencial como también su fase de ampliación en función de las emergentes necesidades de atención de la población, esencialmente en la región Oeste del departamento.

6. DISCUSIÓN

En la presente investigación se estudió la “Dinámica espacial de los ingresos primarios del Hospital Psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo”.

No obstante y, antes de iniciar la discusión sobre los resultados observados, es necesario mencionar algunos aspectos referentes a las limitaciones del estudio, buscando así facilitar la lectura e interpretación de los mismos y evitar de esa manera una extrapolación equivocada.

El universo a estudio comprendió usuarios de ASSE -Sector público-. En dicho sentido, en Uruguay, el 1° de Enero de 2008 entra en vigencia la ley N° 18.211, la cual crea el Sistema Nacional Integrado de Salud -SNIS-¹¹⁵. Hasta entonces, los usuarios que se asistían en ASSE eran esencialmente aquellos que no poseían cobertura mutual por DISSE, por no poseer empleos formales, representando una amplia franja de la población con posibilidades socioeconómicas disminuidas. En dicho contexto, el subgrupo considerado es aquel que siendo mayor a 14 años tuvo su primer episodio de internación psiquiátrica, hecho que significa un *momento de agudización o descompensación de la enfermedad*. Sin embargo, la mayor parte de las personas que padecen TMyC pueden sobrellevar los mismos sin requerir hospitalización a partir de intervenciones comunitarias y ambulatorias continuas.

Como eje central se planteó una primer hipótesis: “Los niveles socioeconómicos deprimidos y/o niveles educativos bajos, considerados como indicadores de vulnerabilidad socioterritorial, contribuyen en la identificación de grupos de población en riesgo de padecer algún trastorno mental y/o conductual”.

En ese sentido, los resultados obtenidos comprueban la hipótesis planteada. No obstante, resulta interesante observar los tres escenarios considerados para su validación. *El primero*, en función de

¹¹⁵ <http://www.parlamento.gub.uy/Ley 18.211>: Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación

las características de la población a estudio, observándose al respecto, un bajo nivel de instrucción -acentuado en hombres-, un elevado porcentaje de personas sin actividad laboral -acentuado en mujeres- a lo que se agrega un pequeño porcentaje que lo hace formalmente y, el hecho de que tan solo una cuarta parte de la misma percibe algún ingreso por subsidio. En dicho sentido, al realizar un ACS pudo observarse una preocupante asociación entre el grado de instrucción bajo e incluso carente con actividades laborales informales y/o eventuales en caso de poseerla. Por el contrario, pudo observarse también una clara asociación entre poseer un empleo formal y un grado de instrucción medio y/o superior. *El segundo* escenario emerge desde lo territorial, identificándose al respecto dos regiones en las que pueden observarse las tasas más elevadas al CA, una principal ubicada hacia el Este-Noreste de Montevideo y, otra localizada al Suroeste-Oeste del departamento. En dichas regiones convergen un núcleo de barrios que según Espíndola & Leal (2007), en el año 2006, integraban un conjunto el cual concentraba el 64,7% de la población de Montevideo incluida en estratos socioeconómicos bajo y muy bajo. Por su parte, las menores tasas de ingresos al CA se observan sobre barrios próximos o ubicados en la faja costera del departamento, asociados éstos con niveles socioeconómicos más favorables (INE, 2004). Y un *tercer* escenario, en virtud de correlaciones estadísticas entre las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) / 10.000 habitantes al CA en función de las variables Índice de Nivel socioeconómico -INSE- y el Porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria, no culminó el Ciclo básico. En dicho sentido, se observa que tasas de ingresos elevadas al CA condicen con un INSE menos favorable ($r = -0,694$), y con espacios en los cuales se observa un mayor porcentaje de personas con niveles educativos menos desarrollados ($r = +0,679$), lo que fortalece las posibles causalidades mencionadas en la hipótesis planteada.

Estos resultados se hallan alineados con múltiples estudios, los cuales adoptando técnicas y metodologías diversas, dejan entrever la estrecha relación entre algunos factores intrínsecos a las sociedades como la pobreza, el bajo nivel educativo y la ocurrencia de trastornos mentales. Al respecto, Blue (2000), citado en Ortiz *et al.* (2007), expresa que “el desempleo, la baja escolaridad y la residencia en un sub-distrito con condiciones socioeconómicas deficientes fueron factores de riesgo para trastornos mentales comunes”. Vicente *et al.* (2002), en un estudio realizado en Chile, consideran que “una menor educación constituye un factor de riesgo para el enfermar psíquico, hipótesis que debe considerar otros elementos como la marginalidad o la pobreza que con frecuencia acompañan a la falta de educación”. En análisis más detallados, diversos estudios han relacionado los factores de riesgo aquí empleados y su asociación con patologías específicas. Alonso *et al.* (2004), en un estudio realizado en Europa, sobre 580 personas adultas, encontraron altas asociaciones entre los trastornos de ansiedad -incluido en el grupo F4x en nuestro estudio-, el

nivel educativo más bajo, el nivel de urbanidad más alto y el desempleo, entre otros factores. Londoño *et al.* (2010), en un estudio llevado a cabo en Colombia, sobre 236 personas adultas, identificaron como factores de riesgo para la depresión -incluido en el grupo F3x en nuestro estudio-, los problemas de vivienda, los problemas económicos y laborales, entre otros. No cabe duda que el tipo de calidad de vida parece guardar una estrecha relación con las posibilidades de que algún TMyC se manifieste en las personas o bien que se profundice. Lima. *et al.* (1999), Ludermir, & Lewis (2001), Andrade *et al.* (2003), entre otros autores, contribuyen sobre dicha perspectiva.

Una segunda hipótesis formó parte del eje central de la presente investigación: “La procedencia de aquellas personas que requieren internación primaria en el centro asistencial, contribuye en caracterizar territorialmente cambios ocurridos en la salud de la población y en posibles necesidades asistenciales emergentes”.

En ese sentido y dado lo específico del objeto a estudio consideramos que *no es posible decir que la Hipótesis es aceptada tácitamente*, aún cuando los datos obtenidos arrojan elementos que nos permiten pensar en que en la medida que conozcamos con mayor profundidad dicho fenómeno, si podremos o no confirmar la misma. En ese sentido, está claro que la lógica asistencial de ASSE en Salud mental toma en cuenta múltiples factores a la hora de asignar o redistribuir los mismos. No obstante, la valoración técnica realizada sobre dicha Red de ECSM-Parámetros Centrográficos-, en conjunción con los Indicadores hallados -Tasa de Ingresos- y, la expresión territorial observada de la misma, considerando su ampliación en 2008, *tampoco permite decir que la Hipótesis es rechazada tácitamente*. Sin embargo, resulta interesante observar las dos situaciones consideradas para dicha apreciación, emergentes ambas desde lo territorial. La *primera*, vinculada con la distribución geográfica de las TIG ^{2007-2008(Barrio)} / 10.000 habitantes al CA y, la *segunda*, relacionada con la disposición espacial de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo. Para ello, los parámetros Centrográficos considerados -Índice Rn, CGS y CMD-, expresan que dicha red de ECSM presenta su aspecto concentrado hacia el Este-Noreste del departamento, en el cual sobre un espacio acotado de territorio convergen cinco de los doce ECSM. Esto permite observar dos situaciones simultáneas: el que en sus CS se hallen localizados el 36,4% de la población estudiada y que sobre dicha región, se observen las TIG ^{2007-2008(Barrio)} / 10.000 habitantes al CA más elevadas.

Paralelamente, sobre el Oeste de Montevideo y, en torno a un único ECSM, Inve 18, es posible observar que sólo en su CS se localizaron el 20,7% de la población estudiada, en función esencialmente de que en la misma están inscriptos el barrio Cerro y el barrio Nuevo París, quienes

presentan dos de las mayores tasas al CA durante el bi-enio considerado, 18,1 y 13,9 respectivamente. Si bien en principio las respuestas asistenciales en uno y otro caso presentan diferencias, la considerada en segundo término -visualizada sobre el Oeste de Montevideo-, desde Agosto de 2008 ingresa en una fase de ampliación, incorporándose sobre dicha región del departamento el ECSM Maracaná Sur, reforzando de esta manera las posibilidades asistenciales. Su CS comprende un sector hasta entonces incluido en la CS del ECSM Inve 18.

Si bien la articulación y asignación de recursos sanitarios, parece ir en consonancia con la distribución territorial de aquellas personas que requieren internación primaria en el hospital Vilardebó, la lógica asistencial de la red de ECSM es mucho más amplia. Sin embargo, este hecho no invalida el considerar incluir como un posible indicador sanitario a dicha variable, no sin antes, profundizar en su conocimiento a partir de nuevas investigaciones, más actuales, de mayor alcance y permanentes. La identificación y el seguimiento de quienes padecen su primer episodio de internación psiquiátrica, al considerar su contexto socioterritorial, podría aportar información vinculados a cambios emergentes en la salud de la población, como así y, derivado de aquel, el relacionado con la asignación de recursos sanitarios, tanto humanos, profesionales como materiales. Según Gispert *et al.* (2006), “para la planificación de los servicios sanitarios es fundamental conocer cómo se distribuye la morbilidad por trastornos mentales a nivel del territorio, con el fin de valorar las necesidades de atención y en qué medida éstas están satisfactoriamente cubiertas”. En el mismo sentido, Huerta *et al.* (2012), señalan que, “las estrategias deben estar guiadas por el análisis oportuno a los indicadores de gestión en salud, con la finalidad de brindar una atención de calidad a los usuarios”.

Otro de los resultados obtenidos permitió conocer las características de la población a estudio. En ese sentido, se visualiza como aspecto saliente un perfil de hombres y mujeres con diferencias, no solo en función de sus aspectos demográficos y/o socioeconómicos, sino también desde lo epidemiológico, desprendiéndose de lo anterior que *los episodios de primera internación* suceden en coyunturas diferentes. Una población femenina la cual presenta un promedio, mediana y moda de edad sensiblemente superior a la observada en hombres y, con un mayor tránsito sobre *dominios* de la vida que podríamos catalogar de asentadores como lo son, un Nivel educativo más desarrollado, un Estado civil más consolidado y el hecho de tener hijos en mayor proporción. Sin embargo, el porcentaje de población sin Actividad laboral es elevado en ambos grupos, acentuándose en mujeres. De allí la trascendencia que adquiere el hecho de que el 73,1% de la población estudiada se halle en un contexto de convivencia junto a familiares, en un espacio de contención y apoyo, esencial en el período de pos hospitalización para la continuidad de la cadena

asistencial programada. En cuanto al aspecto epidemiológico se observa que el grupo F2x - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes- es el de mayor prevalencia con un 30,9% y, predomina en hombres. Tizón *et al.* (2008) señala: “los síndromes esquizofrénicos y, en general los trastornos psicóticos son los trastornos mentales que probablemente, suponen más sufrimiento y costos, tanto psicológicos -individuales y familiares- como micro y macrosociales. De un 40 a 60 por ciento de los afectados según Brewin *et al.* (1996), Alanen (1997), entre otros autores, conlleva un grave deterioro de la personalidad, de las capacidades cognitivas y sociales del individuo y de toda su vida social, afectaciones difícilmente recuperables una vez que el trastorno ha desarrollado su efecto desorganizador a través de varios episodios o recaídas”. Al respecto, Jiménez & Vázquez (2006) citan en su trabajo resultados de Ninullain *et al.* (1987) citados en Shriqui & Nasrallah (1995) sobre la *incidencia* de dichos trastornos en hombres y mujeres, siendo en favor de los primeros en ambos casos, 1,5:1 y 2,5:1 respectivamente. “La distribución por edad del inicio de los síntomas también parece diferir según el sexo, siendo más temprano en hombres que en mujeres” (Handal & Dodds, 1997). Como en otros trastornos, no se conocen las causas pero se considera resultado de vulnerabilidades genéticas en interacción con factores ambientales (Usall, 2003).

El grupo F3x -Trastornos del humor (afectivos)- es el segundo grupo en prevalencia con un 29,7% y, a su vez predomina en mujeres. Diversos autores refuerzan este aspecto, Vicente *et al.* (2002), Berenzon & Juárez (2005), Riolo *et al.* (2005) y Martins & Menéndez (2011), entre otros. “Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión -con o sin ansiedad concomitante- o a la euforia, a menudo asociado con situaciones generadores de estrés” (<http://www.oocities.org/jmartipp/Cap05.htm>). “La separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno” (Josué Díaz *et al.*, 2006).

El grupo F1x -Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas- , presenta diferencias muy notorias en función del sexo, prevaleciendo en el 18,3% de los hombres y tan solo en el 1,6% de las mujeres. Diversos estudios remarcan el hecho de que no solo existe un mayor consumo de sustancias en los hombres sino que el mismo se inicia en edades más tempranas que en la población femenina. Vicente *et al.* (2002), en su estudio reconocieron la mayor prevalencia de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los hombres. Eaton *et al.* (2012), sostienen que “el sexo puede marcar una diferencia porque las

mujeres tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de ansiedad o depresión, mientras que los hombres tienden al abuso de sustancias y a los trastornos antisociales”, entre otros aspectos.

Si bien la presente investigación no consideró indagar sobre la interrelación de las dimensiones consideradas, de todas formas el enfoque de género contribuyó en identificar aspectos particulares de cada grupo, los cuales se constituyen como insumos trascendentes respecto de lo asistencial.

En relación a la distribución geográfica de los PGT en función de los barrios de Montevideo, se observa que todos ellos presentan cierta zonificación, aún cuando su prevalencia difiera considerablemente de un grupo a otro.

En ese sentido, el grupo F2x -Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes-, siendo el de mayor prevalencia y si bien predomina en el 44,5% de los barrios, la misma decae considerablemente en aquellos barrios ubicados hacia la zona costera del departamento, en los cuales ocurren niveles socioeconómicos más favorables (INE, 2004). En dichos espacios no obstante, predomina el grupo F3x -Trastornos del humor-afectivos-. Ambos grupos prevalecen en el 78% de la población estudiada.

Los grupos F6x -Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto-, F7x -Retraso Mental- y F1x -Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas-, si bien presentaron bajas prevalencias según los barrios de Montevideo, lo hicieron en torno a enclaves específicos, F6x al Sur, F7x al Oeste y F1x al Este del departamento. Las consideraciones al respecto deben de realizarse con sumo cuidado por no haber antecedentes en la materia, lo cual se constituye como una limitante a la hora de realizar generalizaciones. Gispert Magarolas *et al.* (2006) señalan al respecto que, “los factores individuales no son suficientes para explicar la variabilidad geográfica de la prevalencia de los trastornos, ya que también influyen las características de la zona de residencia”. Harrison *et al.* (1999) y Stuart (2000), consideran que dicha distribución geográfica podría estar relacionada con características sociodemográficas del territorio y aspectos relacionados con los servicios asistenciales. Gispert *et al.* (2003) y Martikainen *et al.* (1999), consideran también como variables de explicación, las vinculadas a aspectos individuales de las personas, como la dimensión demográfica y socioeconómica, antecedentes de factores estresantes y enfermedades orgánicas.

El uso de Índices y parámetros Centrográficos para estudiar las características de la red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, constituye el aspecto más novedoso de la presente investigación. No cabe duda que cualquier política en salud busca nutrirse de nuevos elementos que permitan en primera instancia, visualizar el estado de salud de la población y, en segundo

orden, adoptar las estrategias sanitarias correspondientes. En ese sentido, el estudio Centrográfico de la red de ECSM en función del Índice Rn 0,84 hallado, el CGS y el CMD, indica que dicha red presenta un aspecto concentrado sobre la región Este-Noreste de Montevideo y un aspecto aleatorio en el resto del departamento. Estos elementos confirman lo observado en el SIGSM. Cabe mencionar que tanto el concepto *concentrado* como *aleatorio* no significa *desplanificación*, tan solo es una valoración técnica que contribuye en la comprensión sobre la lógica territorial de dicho sistema.

El segundo resultado que se desprende del uso de parámetros Centrográficos considera el CGP²⁰⁰⁷ y CGP²⁰⁰⁸, en función del factor de ponderación *personas asignadas a cada ECSM según CS*. En ese sentido, la unidad espacial CS es el elemento fundamental y estructurante para su obtención.

Olivera (1993) al respecto señala que, “la regionalización o zonificación de los servicios sanitarios, equipamientos y personal, ofrece las ventajas de descentralizar recursos, marcar responsabilidad sanitaria territorializada, facilitar prestación de servicios y permitir su evaluación, con lo que se alcanza mejor gestión y mayor acceso”. El hecho de que el CGP²⁰⁰⁸ no se localice en el mismo punto del territorio que el CGP²⁰⁰⁷ podría revelar *tendencias territoriales* vinculadas no solo a la forma en que las personas utilizan los recursos sanitarios, también podría revelar la existencia de factores socioterritoriales incidentes en la utilización de los mismos, al considerar el donde y cuando. De allí que, la incorporación de nuevas perspectivas y nuevas técnicas que contribuyan en la comprensión de los hechos sanitarios, hoy en día, es un debate que se plantea de forma permanente. Considerar la perspectiva territorial de los mismos, es un camino que algunas sociedades han iniciado hace tiempo.

El Índice compuesto según sexo -ICS- como el Índice compuesto dinámico -ICD- contribuyen en la apertura de múltiples interrogantes antes que el planteo de definiciones concretas. Que en virtud del ICS se señale la existencia de un “predominio” de TIM o TIF en función de los barrios de Montevideo, propone casi inherentemente el ahondar sobre dicho comportamiento como forma de poseer mayores certezas a la hora de implementar las actuaciones sanitarias necesarias.

Al observar que en las regiones donde se dan las TIG más elevadas -Este-Noreste y Suroeste del departamento-, predominan las TIM y que, las TIF lo hacen sobre una región principal ubicada al Oeste-Noroeste del departamento y, algunos enclaves ubicados hacia el Centro y Sur del mismo, casi espontáneamente se plantean ciertas interrogantes: ¿qué aspectos individuales y externos contribuyen en ello?, y en tal caso, ¿existe una desagregación territorial de aquellas personas que padecen algún TMyC en función del sexo?. El mismo razonamiento debemos de realizarlo para la explicación sobre los resultados observados en el ICD. Las TIG ²⁰⁰⁷(Barrio) predominan

esencialmente sobre un conjunto de barrios ubicados desde la región Centro y en dirección Norte del departamento, como así en un núcleo de barrios localizados desde el Centro y hacia el Sur de Montevideo, si bien no continuo. Respecto a la TIG ²⁰⁰⁸(Barrio) se observa que su área de extensión se da en barrios localizados a ambos lados de la faja Norte-Sur en la cual predominó la TIG ²⁰⁰⁷(Barrio). En ese sentido, ¿qué aspectos contribuyeron para el comportamiento observado?, ¿dicha tendencia ha mantenido o modificado su evolución territorial en estos años?, y si la ha modificado o no, ¿qué aspectos contribuyeron en ello?, etc.

En ambos casos, tanto en el ICS como en el ICD se busca comprender su dinámica y tendencia territorial en el transcurso del tiempo. Poder contar con series continuas de información al respecto, contribuiría de forma positiva sobre las estrategias de planificación sanitaria, las cuales orientadas en principio a la identificación de *grupos poblacionales en riesgo* y en su defecto, a la identificación de *espacios territoriales de riesgo*, desarrollarían la fase de asignación de recursos con mayores certezas, beneficiándose así la población y el sistema sanitario.

Un aspecto a considerar como elemento de discusión en el futuro, es aquel que vincula la distribución espacial de las TIM y TIF en función de los PGT, dado que puede darse o no la prevalencia del trastorno en el territorio. A su vez, algunos trastornos como *Depresión o Ansiedad o de los vinculados con estresores ambientales*, pueden recibir atención ambulatoria sin requerir internación. No obstante, “la situación de cada ECSM es particular y obedece a factores de la lógica intrínseca y funcional que el territorio ofrece, en lo físico y en lo social como así de las posibilidades que el mismo equipo posea de responder a la demanda de consultas de la población” (Giraldez & Hernández, 2009), lo que repercutirá diferencialmente en las mayores o menores posibilidades de seguimiento sobre la población demandante de atención.

7. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y su discusión se extrajeron las siguientes conclusiones:

- La observación de una estrecha relación entre niveles socioeconómicos deprimidos y niveles educativos bajos y, la ocurrencia de TMyC, en quienes requirieron su internación primaria en le CA durante 2007 y 2008.

- Que el comportamiento epidemiológico de los TMyC en hombres y mujeres no transcurre por el mismo camino, como así tampoco la trayectoria asistencial ni el complejo de hechos sociales que inciden en el desarrollo de las individualidades.
- La identificación de espacios territoriales en la ciudad de Montevideo en los cuales coexisten factores de vulnerabilidad socioeconómicos, desde donde se observaron las Tasas de ingresos más elevadas al CA, concentradas sobre una región principal ubicada al Este-Noreste del departamento, donde prevalecieron notoriamente las TIM y, otra secundaria al Suroeste-Oeste de la misma ciudad, en donde prevalecieron las TIF, fundamentalmente en el año 2007.
- La visualización de cierta zonificación al considerar la distribución de los Principales Grupos de Trastornos -PGT- según barrios de Montevideo, aun cuando, sus prevalencias fuesen notoriamente distintas. Sin embargo, el hecho de no haber trabajos en la materia constituye una limitante muy importante a la hora realizar interpretaciones y/o generalizaciones. No obstante, en dicho escenario se destacaron el grupo F2x - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes- el cual presentó sus menores prevalencias en aquellos espacios con niveles socioeconómicos altos, espacios en los cuales predominó el grupo F3x - Trastornos del humor (afectivos)-.
- Que en función de las tendencias territoriales observadas en el ICS como en el ICD, es posible plantear algunas interrogantes sobre la evolución espacial de ambos. Sin embargo, el que se haya observado una desagregación territorial de los ingresos primarios al CA en función del sexo, como así considerando la transición del año 2007 al año 2008, dado que no se poseen estudios anteriores, impide afirmar que dicha tendencia fue así en el pasado o bien que se ha repetido en los últimos años. De ahí lo necesario de profundizar en su conocimiento en función de nuevas y actuales investigaciones en pos de confirmar o no lo observado en la presente investigación o bien en el descubrimiento de nuevas expresiones territoriales del fenómeno considerado.
- Que el uso del Índice Rn y los parámetros Centrográficos CGS, CMD, CGP²⁰⁰⁷ y CGP²⁰⁰⁸, se erigieron como valiosas herramientas de análisis para explicar desde lo territorial, no solo la distribución de la Red de ECSM inserta en la ciudad de Montevideo, sino también

aspectos asistenciales de la misma. En ese sentido, pudo visualizarse en el SIGSM la concordancia territorial entre las TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) / 10.000 habitantes al CA de acuerdo a la organización y distribución territorial de dicha red.

- Que resulta necesario profundizar en el conocimiento de las relaciones existentes entre aspectos socioterritoriales, características individuales y familiares de las personas y el posible desarrollo de TMyC, en función del sistema sanitario actuante, como forma de incrementar la información asistencial sobre dicha temática.
- Que considerar la dimensión territorial como estructurante de salud y la perspectiva geográfica como un nuevo eje de caracterización y abordaje, puede constituirse como un importante componente a la hora de establecer estrategias sanitarias.
- Que dado lo relevante de tan sentida problemática, la cual hoy afecta a gran parte de la población mundial, es imprescindible para su integral comprensión la conformación de equipos pluridisciplinarios -medicina, planificadores, epidemiólogos, sociólogos, geógrafos, etc.-, en pos de alcanzar el mayor conocimiento de la misma.
- Que dada la importancia de la Salud mental y la existencia de una Red de recursos en SM de ASSE, siendo relevante el lugar que ocupa en dicho sistema sanitario el hospital Vilardebó -único en su especialidad y de carácter público-, es esencial que se realicen todos los esfuerzos para incorporar nueva información asistencial en pos de maximizar integralmente sus capacidades y potencialidades.
- Que en función de los tres pilares que desde la Geografía de la salud se pretenden observar, alcanzar y explicar: la identificación de grupos de población en riesgo de padecer enfermedades, el estudio del sistema sanitario y el hallazgo de heterogeneidades socioterritoriales como estructurantes de salud, fue posible comprender un poco más sobre el vasto campo de la Salud mental, quedando aún mucho camino por recorrer.
- Que abordar tan sentida problemática desde esta nueva disciplina como lo es *La Geografía de la Salud*, representó un enorme desafío. Sus fundamentos en conjunción con las posibilidades cartográficas que nos ofrecen los SIG, conformaron el cuerpo conceptual y

operativo que posibilitó acercarse desde la geografía a la salud mental. *Sin embargo*, la escasez de bibliografía sobre la temática aquí planteada desde dicha perspectiva, se constituyó como la limitante más importante, fundamentalmente a la hora de diseñar la investigación y seleccionar las técnicas de análisis, como así poder cotejar estrategias de investigación.

8. BIBLIOGRAFÍA

Acosta, L., Maldonado, F., Mazuelos, C. & Villavicencio, R. (2005). *Los sistemas de información geográfica y su aplicación en el ámbito de la Geografía de la Salud. Un estudio de la mortalidad en los departamentos que conforman el valle de Tulum*. Revista Contribuciones científicas, GAEA. Sociedad Argentina de Estudios Geográficos. Azul, Buenos Aires, 25-35.

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., De Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. & Vollebergh, W. (2004). *12- Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 420, 28-37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128385>

Alan Dever, G. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. OPS-OMS. Aspen Publisher. 417 páginas.

Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Ed. Karnac Books. London. England. 344 pages.

Almirón, L. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon, 14(4), 56-65.

Ander-Egg, E. & Follari, R. (1988). *Trabajo social e interdisciplinarietà*. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T. & Wittchen, H. (2003). *The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys*. International Journal Methods in Psychiatric research, 12(1), 3-21.

Arduino, M. & Ginés, A. (2002). *Noventa años de la Colonia Etchepare*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 66(2), 119-127.

Arredondo, A. (1992). *Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad*. Revista Caderno do Saúde Publica, 8(3), 254-261.

Asthana, S., Curtis, S., Duncan, C. & Gould, M. (2002). *Themes in British health geography at the end of the century: a review of published research 1998-2000*. Journal The Social Science & Medicine, 55(1), 167-73.

Barrán, J. (1995). *La invención del cuerpo*. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Edición de la Banda Oriental. Uruguay, 3, 126-168.

Berenzon, S. & Juarez, F. (2005). *Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México*. Revista da Saúde Pública, 39(4), 619-626.

Bertelote, J. (2008). *Raíces del concepto de salud mental*. Journal World Psychiatry (Ed Esp), 6(2). Department of Mental Health, OMS. Geneva. Switzerland.

Blue, I. (2000). *Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brasil*. Revista Brasileira da Psiquiatria, 22(3), 116-23.

Bolton, W. & Oakley, K. (1987). *A longitudinal study of social support and depression in unemployed men*. Journal of the Psychological Medicine, 17(2), 453-460.

Bosque Maurel, J. & Ortega Alba, F. (1995). *Comentarios de textos geográficos*. Historia y crítica del pensamiento geográfico. Editorial Oikos-tau. Barcelona. España.

Bottinelli, O., Ulon, S., Marder, G. & Cabral, O. (2006). *Uso de Sistemas de Información Geográfica para la vigilancia de enfermedades vectoriales en áreas de fronteras*. Revista Comunicaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional del Nordeste, Resumen V-031, 3 páginas. <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/04-Veterinarias/2006-V-031.pdf>

Bousquat, A. & Cohn, A. (2004). *La dimensión espacial en los estudios de la salud: un recorrido histórico*. Revista Historia, Ciencias, Salud Publica. Río de Janeiro, 11(3), 549-568.

Brewin, C., Hunter, E., Carroll, F. & Tata, P. (1996). *Intrusive memories in depression*. Journal of the Psychological Medicine, 26, 1271-1276.

Caldas de Almeida, J. (2007). *Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 71(2), 111-116.

Campo, A. & Cassiani, C. (2008). *Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(4), 598-613.

Capel, H. (1980). *Sobre clasificaciones, paradigmas y cambio conceptual en Geografía*. El Basilisco: Revista de filosofía, ciencias humanas, teoría de la ciencia y de la cultura, 11, 4-12.

Casarotti, H. (2007). *Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 71(2), 153-163.

Choza, J. (2008). *Medicina, Geografía y Geometría. Los espacios de la salud y la enfermedad*. Universidad de Sevilla. Revista de Filosofía Thémata, 40, 155-166.

Collazo, H., Cárdenas, J. & González, R.. (2002). *La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?*. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(5), XX-XX.

Cooper, C. (1985). *The streee of work: An overview*, Aviation. Space and Environmental Medicine, 56(7), 627-632.

Curto, S. (2008). *De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud*. Revista Geográfica del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 143, 9-28.

De Araujo, A., Baracho, A. & De Carvalho, A. (2003). *Geografias e Topografias Médicas: Os primeiros estudos ambientais da cidade concreta*. Revista Investigaciones Geográficas, 52, 83-98.

Del Canto, C., Carrera, M., Gutierrez, P., Méndez, R. & Pérez. (1998). *Trabajos prácticos de Geografía Humana*. Editorial Síntesis. Madrid, España. 438 páginas.

Departamento de Estadísticas del Hospital Vilardebó (2011). *Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-*.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York, Oxford University Press.

Dias Junqueira, R. (2009). *Geografía Médica e Geografía da Saude*. Revista Brasileira de Geografía Médica e da Saude Hygeia, 5(8), 57-91.

Dirección de Salud Mental (2009). *Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-*

Dooley, D., Catalano, R. & Wilson, G. (1994). *Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study*. American Journal of Community Psychology, 22(6), 745-765.

Dummer, T., Dickinson, H. & Parker, L. (2003). *Adverse pregnancy outcomes near landfill sites in Cumbria, northwest England, 1950--1993*. The Journal of environmental health, 58(11), 692-8. School of Social Science, Liverpool John Moores University, Liverpool, United Kingdom.

Eaton, N., Keyes, K., Krueger, R., Balsis, S., Skodol, A., Markon, K., Grant, B. & Hasin, D. (2012). *An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence From a National Sample*. Journal of Abnormal Psychology, 121(1), 282-288.

Espíndola, F. & Leal, G. (2007). *¿En qué barrios de Montevideo se redujo la pobreza y la indigencia?. El Territorio como factor que también explica el acceso a las oportunidades*. Reseña sobre la evolución de la pobreza y la indigencia en los barrios de Montevideo. Período 1999-2006. Observatorio Montevideo de Inclusión Social. Tercer Informe de Coyuntura Social. [http://: www.montevideo.gub.uy/observatorio](http://www.montevideo.gub.uy/observatorio).

Fernández Castrillo, B. (2009). *Complejidad Social y Salud Mental*. Informe de Investigación. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Editorial CSIC. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Fernández, J. & Sánchez, M. (2003). *La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales*. Revista Intervención Psicosocial, 12(1), 7-18.

García Ramón, M. (1985). *Teoría y Método de la Geografía Anglosajona*. Editorial Ariel. Barcelona. España.

Ginés, A. & Porciúncula, H. & Arduino, M. (2005). *El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69(2), 129-150.

Giraldez, S. (2003). *La Psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio*. Revista Papeles del Psicólogo, 24(85), 19-28.

Giraldez, C. (2009). *Análisis espacial en Salud Mental: el caso del Hospital Vilardebó de Montevideo, Uruguay*. Revista Brasileira de Geografía Médica y de la Salud, Hygeia, 5(9), 138-150.

Giraldez, C. & Hernández. (2009). *El poblamiento y la distribución de la Red de Salud Mental Pública como expresiones de desigualdades territoriales para la ciudad de Montevideo*. Congreso de Geografía de América Latina (EGAL). [Http://egal2009.easyplanners.info/area05/](http://egal2009.easyplanners.info/area05/). Trabajo N° 5890. ISBN 978-9974-8194-0-5.

Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A. & Herdman, M. (2003). *Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population*. Journal of the Society Psychiatry and Epidemiology, 38, 677-83.

Gispert, R., Puig Oriol, X., Palomera, E., Autonell, J., Giné, J., Ribas, G. & Coll, J. (2006). *Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel*. Revista Española de Salud Pública, 80 (4), 335-347.

Gómez Gutiérrez, A. (2004). *Del Microscopio a la Medicina Microbiana*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Pontificia Javeriana, 9, 7-14.

González Pérez, J. (2000). *La demanda de una verdadera ordenación territorial sanitaria en Galicia. Desarrollo actual del Mapa de Salud*. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles, 29, 29-51.

Gorlero, R. (1980). *A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 45, 87-96.

Harris, D. & Harris, B. (1987). *Psicología del deporte. Integración mente-cuerpo*. Barcelona: Editorial. Hispano Europea.

Harrison, J., Barrow, S., Gask, L. & Creed, F. (1999). *Social determinants of GHQ score by postal survey*. Journal Public Health Medicine, 21 (3), 283-888.

Hauri, D. (2007). *Medical Geography*. Electronic Journal Pubmed, 96(42), 1627-1630. Pmid:17974122 [PubMed - indexed for Medline]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17974122>

Huerta, P., Paúl-Espinoza, I. & Leyton, C. (2012). *Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público*. Revista de Salud Pública, 14(2), 248-259.

Hurtado Gómez, L. (2000). *Sinopsis de la historia universal de la medicina*. Archivos bolivianos de la historia de la medicina, 6(1), 19-28.

Instituto Nacional de Estadística (2004). <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2004/uruguay%20en%20cifras%2020042008.asp>

Iñiguez Rojas, L. (1998). *Geografía y Salud: temas y perspectivas en América Latina*. Revista, Caderno da Saude Publica, Rio de Janeiro, 14(4), 701-711.

Jaramillo, J. (2001). *Evolución de la Medicina: Pasado, presente y futuro*. Revista, Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 43(3), 104-113.

Jauregui, M. (1952). *Historia del Hospital de Caridad de Montevideo (1788-1925)*. Montevideo. Documento de la Facultad de Medicina. Tipo Monográfico N° 002163.

Jiménez, R. & Vázquez, A. (2006). *Esquizofrenia y Género*. Revista Apuntes de Psicología, 24(1 y 3), 157-183.

Johnston, R., Gregory, D. & Smith, D. (2000). *Diccionario Akal de Geografía Humana*. Madrid, Akal, 592 páginas.

Jones, E. (1980). *“La Geografía Social”*. En Brown, E. (compilador). *Geografía pasado y futuro*. Fondo de Cultura Económica de México. México. 424 páginas.

Jones, K., & Moon, G. (1987). *Health, disease and society: an introduction to medical geographycontinued*. Routledge & Kegan Paul Ltd.

Josué Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font Darías, I. & Cardona, M. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. Revista Cubana de Medicina Militar, 35(3), 1-7.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Revista Panamericana de la Salud Pública., 18 (4 y 5), 229-240.

Larrobla, C. (2007). *Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 71(2), 125-134.

Lewis, N. (1974). *American psychiatry from the beginning to Wolrd War II*. In: Arieti S (ed). *American handbook of psychiatry*, 2, 28-43.

Lima, M., Soares, B. & Marr, J. (1999). *Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional*. Revista da Psiquiatria Clinica, 26, 225-235.

- Londoño, N., Marin, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M., Villa-Roel, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P. & López, I. (2010). *Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales*. Revista Suma Psicológica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 17(1), 59-68.
- Ludermir, A. & Lewis, G. (2001). *Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil*. Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36 (3), 101-107.
- Martikainen, P., Stansfeld, S., Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). *Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning*. Journal Society of the Medicine, 49(4), 499-507.
- Martins, R. & Menéndez, M. (2011). *Depresión y/o codependencia en mujeres: necesidad de un diagnóstico diferencial*. Revista Barbaroi [online], 34, 125-145 [citado 2012-03-06]. Disponible em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782011000100008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-6578.
- Mendoza, C. (2009). *Sociología y salud mental: una reseña de su asociación*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38 (3), 554-573.
- Mestre, J. B. (1999). *Clima, microbis i desigualtat social de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Editorial Maó, Menorca : Institut Menorquí d'Estudis, Consell Insular de Menorca.
- Miguel, E. (2003). *Enfoques, Tendencias y Escuelas Geográficas de la Geografía Clásica o Tradicional a los Estudios Culturales*. Revista Párrafos Geográficos, 2, 17-24. http://igeopat.org/parrafosgeograficos/imagenes/RevistasPG/2003_V2/2-3.pdf
- Mota Moya, P. (2006). *De las topografies mèdiques a la geografia de la salut: la relació institucionalitzada entre la geografia i la medicina*. Revista, Documentos Análes de Geografía, 47, 117-127.
- Olivera, A. (1986). *Nuevos planteamientos de la Geografía Médica*. En García Ballesteros, A.(Ed). Teoría y práctica de la Geografía. Editorial Alhambra. Madrid, España.
- Olivera, A. (1993). *Geografía de la Salud*. Colección Espacios y Sociedades. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- OMS. (2001). *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope*. Ed. Geneva. Suíza. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42447>
- OMS. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, prácticas*. Informe compendiado. Ed. Ginebra. Suiza. http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

OMS. (2005). Project Atlas: Resources for Mental Health. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/

Ortega Valcarcel, J. (2000). *Los horizontes de la Geografía*. Teoría de la Geografía. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. España.

Ortiz, L., López, S. & Borges, G. (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana*. Caderno de Saúde Pública, 23(6), 1255-1272.

Pastorino, G. (1999). *El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de Trabajadores Sociales*. Trabajo final de la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Sin publicar, presente en Biblioteca.

Patel, V. & Kleinman, A. (2003). *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bulletin of the World Health Organization, 81, 609-615. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>

Peiter, P. (2005). *A Geografia da Saude na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milenio*. Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduacao em Geografia. Universidad Federal do Rio de Janeiro.

Pickenhayn, J. (1999). *Fundamentos teóricos de la Geografía de la Salud*. Departamento de Geografía de San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán, 5, 45-59.

Porciúncula, H. & Wilhelm, I. (1996). *Proyecto: Asistencia en Crisis Psiquiátricas -ACRI-*. Premio otorgado por la Academia Nacional de Medicina. Sin publicar.

Puebla, J. & Garcia, J. (2002). *Accesibilidad peatonal a la red sanitaria de asistencia primaria en Madrid*. Revista Anales de Geografía de la Universidad de Complutense. Volumen extraordinario: 269-280.

Ramírez, M. (2002). *¿Dónde localizar Hospitales Públicos?. Las nuevas tecnologías -SIG- como herramientas de apoyo a la Planificación Territorial. Un caso de estudio aplicado a la Provincia del Chaco -Argentina*. Revista Serie Geográfica, 10, 121-130.

Ramírez, M. (2004). *La moderna geografía de la salud y las tecnologías de la información geográfica*. Revista Investigaciones y Ensayos Geográficos de la Carrera de Geografía de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Formosa, 4, 53-64.

Ramírez, M. (2005). *Estrategias de planificación sanitaria a partir de la localización óptima de equipamientos hospitalarios en la provincia del Chaco*. Revista Investigaciones y Ensayos Geográficos de la Carrera de Geografía de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Formosa, Resumen H-024.

Regier, D., Boyd, J., Burke, J., Rae, D., Myers, J., Kramer, M., Robins, L., George, L., Karno, M. & Locke, B. (1988). *One-month prevalence of mental disorders in the United States*. Based on the Epidemiologic Catchment Area sites. Archives of General Psychiatry, 45, 977-986.

Ramírez de Mingo, I. (1992). *El trabajo social en los servicios de Salud Mental*. Editorial Eudema. Madrid, España.

Riolo, S., Nguyen, T., Greden, J. & King, C. (2005). *Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III*. American Journal of Public Health, 95(6), 988-1000.

Rodrigo, O. (2001). *El pensamiento filosófico de la medicina en el coloniaje*. Revista Archivos bolivianos de historia de la medicina, 7(1), 121-132.

Rodriguez, M. & Rodriguez, M. (2007). *Los Sistemas de Información Geográfica: una herramienta para la estratificación en salud*. Revista Brasileira de Geografía Médica y de la Salud, Hygeia, 2(5), 50-57.

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.

Roses Periago, M. (2005). *La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública, 18(4 y 5), 223-225.

Rupke, N. (2000). *Medical Geography in Historical Perspective*. Medical History, Supplement N°20. London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL.

Sánchez, E. & García, A. (2005). *Argumentos para un “maridaje” entre medicina y geografía. Medio – ambiente y salud*. Revista Territoris. Universidad de les Illes Balears, 5, 49-60.

Shriqui, C. & Nasrallah, H. (1995). *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Ed. American Psychiatric. Washington DC. EUA. 228 pages.

Stuart, H. (2000). *Access to physician treatment for a mental disorder: a regional analysis*. Journal of the Society Psychiatric and Epidemiology, 35(2), 61-70.

Terris, M. (1975). *Approaches to an epidemiology of health*. American Journal of Public Health, 65, 1037-1045.

Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomá, M. & Marzarí, B. (2008). *Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?.* Revista Clínica y Salud, 19(1), 27-58.

Ubilla, E. (2009). *El concepto de Salud Mental en la obra de Erich Fromm*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 47 (2), 153-162.

Urbano, M. (1991). *Epidemiología e Geografía: O Complexo Patogenico de Max. Sorre*. Revista Cuadernos de Saúde Pública, 7 (3), 301-309.

Urteaga, L. (1980). *Miseria, miasmas y microbios*. Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Revista Geocrítica, 29, 1-50.

Usall, J. (2003). *Revisión sobre las diferencias de género en la Esquizofrenia*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 30(5), 276-287.

Vergara, M. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*. Revista Hacia la promoción de la salud, 12, 41-50.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). *Estudio de prevalencia chileno de Patología psiquiátrica*. Revista de Medicina de Chile, 130 (5), 527-532.

Vignerón, E. (1991). Hommes et santé en Polynésie française, essai de Géographie Humaine. Thèse de Doctorat de Géographie. Université Montpellier III (France). 490 p. <http://www.ilm.pf/node/1902>.

Vignerón, E. (1995). *La géographie de la santé: un agenda qui se précise*. La géographie de la santé en question. Revue Espace, Populations, Sociétés, 1, 31-41.

9. ANEXOS

Anexo I

Tabla 42. Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo a finales del año 2008.
Fuente: Romano *et al.*, 2007 y Dirección de Salud Mental, 2009.

Equipo de Salud Mental	Barrio	Notas
Craps –Ex Filtro- Inve 18	Mercado Modelo y Bolívar Tres Ombúes, Pueblo Victoria	
Jardines del Hipódromo	Jardines del Hipódromo	
La Cruz de Carrasco	Las Canteras	
Maciel	Ciudad Vieja	Atención en Drogodependencia
Maracaná	La Paloma, Tomkinson	Inicio de funciones en Setiembre de 2008
Maroñas	Jardines del Hipódromo	Comparte equipo con Santa Rita
Pereyra Rossell	Parque Batlle / Tres Cruces	Hospital de niños
Piedras Blancas	Piedras Blancas	
Saint Bois	Lezica, Melilla	
Santa Rita	Casavalle / Las Acacias	Comparte equipo con Maroñas
Udai II	Conciliación	
Vicenza	Maroñas, Parque Guaraní	
Vilardebó	Reducto	Único Hospital Psiquiátrico de carácter público en el país desde 1996
14 ECSM		

Tabla 43. Red de ECSM de ASSE inserta en el interior del Uruguay a finales del año 2008.
Fuente: Romano *et al.*, 2007 y Dirección de Salud Mental, 2009.

Nº Equipos de Salud Mental	Departamento	Localidad/es
1	Artigas	Artigas
1	Sálto	Sálto
1	Paysandú	Paysandú
1	Río Negro	Fray Bentos
1	Rivera	Rivera
1	Tacuarembó	Tacuarembó
2	Cerro Largo	Melo y Río Branco
1	Treinta y Tres	Treinta y Tres
1	Lavalleja	Minas
1	Rocha	Rocha
2	Maldonado	Maldonado y San Carlos
1	Soriano	Mercedes
3	Colonia	Colonia del Sacramento, Carmelo y Nueva Palmira
1	Durazno	Durazno
1	Flores	Trinidad
2	Florida	Florida y Casupá
1	San José	San José de Mayo
5	Canelones	Santa Lucía, Canelones, Ciudad de la Costa, Pando y Las Piedras
27 ECSM		

Anexo II

Tabla 44. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio.

Dimensión Demográfica y Socioeconómica.		
Variable	Nivel de Medición	Definición Operacional
Sexo	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Ordinal	= o > que 15 años
Rango Etario	Ordinal	1: Segmento entre 15 y 19 años 2: Segmento entre 20 y 44 años 3: Segmento entre 45 y 64 años 4: Segmento entre 65 y 74 años 5: > que 74 años
Nivel Educativo	Ordinal	0: Sin dato 1: Sin educación 2: Primaria Incompleta 3: Primaria Completa 4: Ciclo Básico Incompleto 5: Ciclo Básico Completo 6: Bachillerato Incompleto 7: Bachillerato Completo 8: Superior Incompleto 9: Superior Completo 10: Otros
Actividad Laboral	Nominal	0: Sin dato 1: Sin actividad 2: Actividad Informal 3: Actividad Formal 4: Otros
Contexto de convivencia	Nominal	0: Sin dato 1: Vive solo 2: Vive con algún familiar 3: Vive con externos a la familia 4: Casa de salud u otros 5: Sin domicilio
Estado Civil	Nominal	0: Sin dato 1: Soltero/a 2: Casado/a 3: Viudo/a 4: Divorciado/a 5: Unión libre 6: Concubinato 7: Pareja Estable 8: Separado/a
Condición de Padres	Nominal	0: Sin dato 1: No tiene hijos 2: Tiene hijos
Ingresos por Subsidio	Nominal	0: Sin dato 1: No percibe subsidio 2: Percibe algún subsidio

Tabla 45. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio.

Dimensión Epidemiológica		
Variable	Nivel de Medición	Definición Operacional
Diagnóstico de Egreso	Nominal	0: F0x = (F00-F09) -T.M orgánicos, incluidos sintomáticos- 1: F1x = (F10-F19) -T.M. y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas- 2: F2x = (F20-F29) -Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes- 3: F3x = (F30-F39) -Trastornos del humor-afectivos- 4: F4x = (F40-F48) -Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomórfos- 5: F5x = (F50-F59) -Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos- 6: F6x = (F60-F69) -Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto- 7: F7x = (F70-F79) -Retraso Mental- 8: F8x = (F80-F89) -Trastornos del desarrollo Psicológico- 9: F9x = (F90-F98) -Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia- 10 = F99 -Trastornos mentales sin especificar- 11= Sin dato

Tabla 46. Nivel de medición y definición operacional de las variables consideradas para la descripción de la población a estudio.

Dimensión Asistencial		
Variable	Nivel de Medición	Definición Operacional
Trimestre de Internación	Nominal	1: Trimestre (Enero-Marzo) 2007 2: Trimestre (Abril-Junio) 2007 3: Trimestre (Julio-Setiembre) 2007 4: Trimestre (Octubre-Diciembre) 2007 5: Trimestre (Enero-Marzo) 2008 6: Trimestre (Abril-Junio) 2008 7: Trimestre (Julio-Setiembre) 2008 8: Trimestre (Octubre-Diciembre) 2008
Aspectos Judiciales	Nominal	0: Sin dato 1: No Judicial 2: Judicial I 3: Judicial II