

ARTÍCULOS ORIGINALES

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. ACCESIBILIDAD, INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN CENTROS DE SALUD, ARGENTINA

Mental health and primary health care. Care accessibility, integrality and continuity in health centers, Argentina.

SANDRA GERLERO,¹ ANA AUGSBURGER,² MARÍA DUARTE,³ RAÚL GÓMEZ,⁴ DÉBORA YANCO⁵

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La atención primaria representa la forma más integral, positiva y democrática de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad. OBJETIVO: Evaluar la accesibilidad a los servicios de salud mental en grandes centros urbanos de la Argentina. MÉTODOS: Se realizó un estudio multicéntrico (Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario) en 2010, que articuló abordajes cuanti-cualitativos. RESULTADOS: La expansión de los servicios de salud mental en la atención primaria y su integración en servicios de salud general señalan una dirección ya consistente asumida en las políticas sanitarias. Los procesos de territorialización contribuyen a facilitar la accesibilidad a los cuidados requeridos. El contacto inicial, la continuidad de la atención y la búsqueda de integralidad son componentes que presentan desarrollos desiguales en cada uno de los contextos estudiados. La circulación de los usuarios entre los niveles del sistema de salud es fluida y significativa. CONCLUSIONES: En las ciudades analizadas se ha sostenido en los últimos años un incentivo estratégico para favorecer la accesibilidad de la población a los cuidados de salud mental y se ha impulsado, según cada contexto político-sanitario y bajo diversas modalidades, la expansión de la red de servicios, la ampliación de las prestaciones y la integración de los cuidados específicos a la atención primaria. Sin embargo, siguen existiendo desafíos y deudas. El diagnóstico elaborado contribuye a lograr un conocimiento sistemático, orientado al diseño de acciones particulares en cada una de las jurisdicciones.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Primary care represents the most integral, positive and democratic way to build health care and promote equity. OBJECTIVE: To evaluate the accessibility to mental health services of large urban centers in Argentina. METHODS: A multicenter study (Buenos Aires City, Córdoba, Paraná and Rosario) was conducted in 2010. It linked qualitative and quantitative approaches. RESULTS: The expansion of mental health services in primary care and their integration into general health services are consistent with the current health policy. Territorialization processes contribute to facilitate the access to required care. The initial contact, continuity of care and pursuit of integrity are components that have an unequal development in each of the contexts studied. The circulation of users between the different levels of the health system is smooth and meaningful. CONCLUSIONS: During the last years there has been a strategic incentive to promote accessibility of population to mental health care in the studied cities. Depending on the health-political context and under various forms, it included expansion of service networks, extension of benefits and integration of specific care to primary care. However, there are still challenges and debts. Through this diagnosis the study contributes to achieve a systematic knowledge, which is useful to design specific actions in each of the jurisdictions.

PALABRAS CLAVE: Salud mental - Atención Primaria de la Salud - Accesibilidad - Integralidad - Investigación evaluativa

KEY WORDS: Mental health - Primary Health Care - Accessibility - Integrality - Evaluative research

¹ Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Rosario

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

³ Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos

⁴ Unidad de Estudios Epidemiológicos Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba

⁵ Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia" para Proyectos Institucionales, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 17 de agosto de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1 de diciembre de 2011

CORRESPONDENCIA A: Sandra Gerlero
Correo electrónico: sgerlero@enemail.com.ar

Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(9):24-29

INTRODUCCIÓN

Argentina asume que la salud es un derecho humano y que la equidad debe regir las políticas y sistemas sanitarios a fin de mejorar el desarrollo humano y social.¹ El país ha impulsado en los últimos años políticas sanitarias que promueven e integran los cuidados de la salud mental a la atención básica. La directriz se afirma sobre un incremento y redistribución territorial de los servicios, que permite descentralizar la atención de la institución hospitalaria y constituye un proceso clave para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con problemas mentales. La accesibilidad puede ser concebida como la capacidad de obtener cuidados de salud de modo fácil y conveniente en caso necesario.² Habida cuenta de su dinámica, es fundamental que los servicios sean oportunos, continuos, atiendan la demanda

real y garanticen el acceso a los otros niveles del sistema.³

La atención integral e integrada requiere que haya servicios disponibles para responder a las necesidades de salud de la población, incluidas las acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y apoyo para el autocuidado.⁴ La permanencia del contacto entre los servicios y las personas, y la cualificación del vínculo son denominadas por varios autores como acogida.^{5,6}

Un trabajo previo reciente, realizado en algunas provincias argentinas, reveló desigualdades en la provisión de cuidados de salud mental entre las áreas estudiadas y en su interior, con inequidades en el acceso como corolario. Dado que las estrategias sustitutivas a la internación asilar se concentran en los principales centros urbanos y cuentan con marcadas restricciones de capacidad, se establece una realidad insatisfactoria concreta frente a los requerimientos de continuidad de atención que presentan las personas con problemas mentales.⁷

El marco regulatorio normativo y la propuesta de un nuevo modelo de atención en Argentina, establecidos por la Ley N° 26.657/2010, conducen el proceso de reconversión de los sistemas destinados a la salud mental. Allí se distinguen el horizonte normativo, la protección de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, la orientación de las formas de abordajes basadas en los principios de la atención primaria y el carácter interdisciplinario e intersectorial de las estrategias de tratamiento y resolución en torno a los problemas mentales. El alcance nacional de la norma contribuirá a establecer pautas y criterios orientadores en el marco de la heterogeneidad de los sistemas de salud de cada una de las jurisdicciones.

Las ciudades de Córdoba, Paraná, Rosario y Buenos Aires han sostenido en los últimos años un incentivo estratégico para favorecer la accesibilidad de la población a los cuidados de salud mental. De acuerdo con cada contexto político-sanitario, se impulsó la expansión de la red de servicios, la ampliación de las prestaciones y la integración de los cuidados mentales a la atención primaria, en pos de facilitar el contacto con el sistema de salud. El propósito de este estudio es producir información que tienda a priorizar la situación de la salud mental en un marco más amplio, delimitado por las condiciones sanitarias generales de los diferentes grupos sociales.

En función de ello, el objetivo general consistió en evaluar la accesibilidad a los servicios de salud mental, teniendo en cuenta los procesos de cuidados implementados en el marco de las políticas de Atención Primaria de la Salud (APS) en cuatro ciudades argentinas.

MÉTODOS

Se realizó una investigación evaluativa, que analizó el desenvolvimiento del área de salud mental en la estrategia de APS. La ejecución del trabajo adoptó un diseño de casos múltiples con un abordaje multidimensional y cuali-cuantitativo.

Las unidades de análisis fueron cuatro conglomerados

urbanos de la Región Centro de Argentina: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba Capital, Paraná y Rosario. Todas tienen implementadas políticas, planes y estrategias de cuidado de la salud mental con enfoque en la APS.

El carácter multicéntrico y colaborativo congregó un equipo de trabajo constituido por investigadores pertenecientes a instituciones y organizaciones sanitarias y académicas de las ciudades analizadas. El equipo había realizado un estudio previo en 2008, que trazó un diagnóstico de las políticas de salud mental en las jurisdicciones de las cuales las ciudades escogidas forman parte.⁷ Por lo tanto, la selección de los centros urbanos obedeció al conocimiento previo sobre el respectivo desarrollo del sector. Cada investigador asumió la conducción del trabajo de campo en su área, contrayendo la responsabilidad sobre el proceso de recolección y elaboración de información de esa jurisdicción.

Al interior de cada jurisdicción, la población incluyó a los principales actores involucrados en la gestión, organización y ejecución de los procesos de cuidado de salud mental pertenecientes a la estrategia de atención primaria.

Las dimensiones conceptuales y empíricas fueron: contexto socio-demográfico y sanitario de cada centro urbano; organización del sistema de salud; lineamientos político-sanitarios del área de salud mental en la atención primaria; estructura y organización de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención; acceso a los cuidados, modalidades de admisión y acogimiento; continuidad e integralidad en los procesos de atención de salud mental.

Estos componentes se relevaron a través de fuentes de información primaria y secundaria. Para describir cada espacio socio-sanitario, se utilizaron estadísticas vitales, censos y un informe de indicadores básicos.⁸ A su vez, para identificar las principales proposiciones sobre las políticas y servicios de salud mental con base en la atención primaria, se elaboró información mediante dos instrumentos técnicos: por un lado, análisis documental de informes de gestión sanitaria-programática, normativas de funcionamiento y disponibilidad de las diversas instituciones; por el otro, entrevistas individuales y/o grupales a informantes clave. En cada municipio se entrevistó en una única oportunidad a responsables sanitarios generales y responsables de la conducción de salud mental. Las entrevistas se realizaron con un guión de ejes temáticos, según los objetivos y el marco conceptual de la investigación. Los encuentros se mantuvieron en los ámbitos de trabajo y contaron con un registro mecánico/manual y una transcripción posterior en papel.

La caracterización de la estructura física y funcional de los servicios se obtuvo con una encuesta institucional. El cuestionario diseñado ad hoc incluyó temas relativos a disponibilidad edilicia y de recursos humanos, acceso universal, modalidades de admisión, procedimientos de cuidados de salud mental, continuidad e integralidad de la atención y coordinación de la red de salud mental en atención primaria. El relevamiento comprendió un total de

120 centros de salud, y el instrumento se aplicó en una única oportunidad. En Rosario, se encuestó a la totalidad de centros con asistencia en salud mental (65, de los cuales 25 eran provinciales y 40 municipales). En Paraná, también estuvieron presentes todas las organizaciones (23, administradas por ambas jurisdicciones). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cuestionario se aplicó a una selección muestral de 14 instituciones, representativa de la heterogeneidad de la distribución territorial. En Córdoba, por cuestiones de factibilidad, solo se involucraron las unidades del sistema provincial (18 de 19). En cada jurisdicción se definió de manera autónoma la forma más efectiva de establecer los contactos con los prestadores y/o equipos de los centros de salud para solicitar la información. El número de rechazos o de negativas a responder fue mínimo: 2 en Rosario y 1 en Córdoba.

Los datos de las encuestas institucionales se analizaron a través del software estadístico SPSS Versión 11.5. Para las variables cuantitativas se calcularon medias \pm errores estándar mínimos y máximos; asimismo, se describieron frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas.

La información derivada de las entrevistas y del análisis de documentos fue organizada mediante un proceso de segmentación de los relatos y textos según las unidades temáticas.

La perspectiva analítica asumió una direccionalidad que, en primer lugar, profundizó las particularidades y rasgos distintivos de cada componente, para luego construir un marco comparativo destinado a expresar el estado de inclusión de la salud mental en el contexto de la APS.

El estudio contó con la aceptación del Comité de Ética perteneciente al Instituto de la Salud "Juan Lazarte" de Rosario. Para la totalidad de los procedimientos de indagación (entrevistas y encuestas), se consideraron tres elementos éticos: comunicación clara y precisa de los aspectos sustantivos del estudio, consentimiento informado y confidencialidad.

RESULTADOS

Todas las localidades presentan escenarios socio-sanitarios duales y disímiles, con fuertes heterogeneidades en las con-

diciones de vida y sanitarias de sus grupos poblacionales.

Los cuatro centros urbanos estudiados definen políticas sanitarias que garantizan el acceso universal a los servicios de salud y su condición de gratuidad para los usuarios. Una considerable cantidad de recursos destinados a cubrir las necesidades socio-sanitarias se distribuyen a través de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), que se expanden en todo el territorio de los municipios. Su ubicación geográfica al interior del espacio urbano adquiere implicancias significativas para el acceso al cuidado. Casi todas las unidades delimitan un área programática y poblacional como ámbito de intervención sanitaria, pero con criterios diferentes en cada ciudad. A pesar de que los trabajadores del sector saben que existen profundas desigualdades en las condiciones de vida de la población e identifican grupos sociales particulares con desventajas y mayor vulnerabilidad, sólo un tercio de los centros estudiados dispone de información socio-demográfica y sanitaria que analiza en profundidad estas condiciones de los usuarios.

Según la evaluación de la estructura física, 7 de cada 10 centros disponen de espacios propios para la atención de las problemáticas de salud mental, mientras que el resto comparte el lugar con otras prácticas sanitarias. En lo que respecta a la calidad y al confort del espacio, la mayoría de los consultorios de salud mental presenta las condiciones mínimas de privacidad: habitación cerrada, puertas que traban desde adentro y/o aislamiento visual y sonoro, aunque también hay centros con condiciones inadecuadas de privacidad. Casi la mitad de los trabajadores sanitarios encuestados consideraron que las instalaciones de los efectores eran adecuadas (47,8%), pero esto indica que una cantidad importante cree lo contrario (Tabla 1).

Solamente en Rosario se hallan establecidos los mecanismos de identificación de la población de referencia como una política definida que opera a nivel de los CAPS.

La producción de información sanitaria y epidemiológica mostró la mayor deuda en el sistema de salud con enfoque de atención primaria. Los déficit hallados en la obtención de información impiden cuantificar y cualificar las consultas de salud mental realizadas en los CAPS. Menos de una

TABLA 1. Evaluación de las instalaciones en Centros de Atención Primaria de Salud según ciudades (n=117).

Calificación	Ciudad % (n)			
	Buenos Aires	Córdoba	Paraná	Rosario
Muy adecuadas	21,4% (3)	18,7% (3)	18,2% (4)	10,8% (7)
Adecuadas	57,2% (8)	43,8% (7)	50% (11)	47,7% (31)
Regulares	21,4% (3)	37,5% (6)	9,1% (2)	24,6% (16)
Inadecuadas	0% (0)	0% (0)	22,7% (5)	16,9% (11)
Total (n)	14	16	22	65

Nota: 3 registros sin información. Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2. Tiempo de espera para obtener un turno de atención en salud mental. (n=116)

Tiempo de espera	Ciudad % (n)			
	Buenos Aires	Córdoba	Paraná	Rosario
En el día	14,3% (2)	5,6% (1)	14,3% (3)	11,1% (7)
En la semana	21,4% (3)	66,7% (12)	33,3% (7)	39,7% (25)
Entre 7 y 15 días	21,4% (3)	27,8% (5)	42,9% (9)	41,3% (26)
Entre 16 y 30 días	35,7% (5)	0% (0)	4,8% (1)	4,8% (3)
Entre 31 y 45 días	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1,6% (1)
Más de 45 días	7,1% (1)	0% (0)	4,8% (1)	1,6% (1)

Nota: 4 registros sin información. Fuente: Elaboración propia.

de cada cuatro instituciones elabora registros y cuenta con datos informatizados sobre las prácticas de asistencia llevadas a cabo.

El lapso transcurrido desde la solicitud de asistencia especializada fue contemplado como un parámetro de la accesibilidad en atención primaria. En el conjunto de los CAPS, los usuarios que solicitaron cuidados debieron esperar entre una semana y 15 días para obtener el turno, aunque se presentaron algunas excepciones (Tabla 2). Alrededor de dos tercios de los centros programan los turnos de las consultas, y esa programación queda a cargo de los profesionales de salud mental, que establecen su propia agenda de trabajo.

En más de la mitad de los CAPS hay dispositivos institucionales específicos, que han sido implementados para la admisión y el acogimiento de las personas con sufrimiento psíquico. En los restantes, las consultas de admisión exhiben características similares a los turnos de atención y están sujetas a la disponibilidad u oferta de cada organización o profesional.

Las modalidades de organización de los cuidados mostraron que la oferta de atención de carácter ambulatorio es consistente con los principios de la asistencia básica. Se detectó un número importante de CAPS que permite obtener atención domiciliaria. Sin embargo, esta prestación está concentrada en Rosario, en menor medida en Córdoba y Paraná, y constituye una excepción en Buenos Aires.

Los procesos de atención proporcionan asistencia individual, familiar y de pareja, pero sólo dos de cada tres instituciones de la red básica permiten obtener un tratamiento psicofarmacológico. La prestación es muy frecuente en Rosario y Córdoba, completamente débil en Buenos Aires y excepcional en Paraná.

La respuesta a las crisis subjetivas muestra una gran diversidad: Rosario y Córdoba suelen contar con dispositivos específicos, mientras que éstos sólo son contemplados por una de cada tres instituciones en Buenos Aires y Paraná.

Aunque un número muy importante de organizaciones desarrolla actividades específicas de prevención y promoción en el campo de la salud mental, una quinta parte de ellas no contempla estas intervenciones. El tiempo sema-

nal asignado para las tareas de prevención y promoción muestra diferencias entre ciudades: en Rosario y Paraná la mayoría de los CAPS destinan menos de un cuarto de su tiempo, mientras que en Córdoba y Buenos Aires existe una distribución más pareja entre los diferentes tipos de acción. Las prácticas de rehabilitación en salud mental constituyen tareas poco institucionalizadas en la atención básica.

Frecuentemente, los CAPS reciben y derivan pacientes a otras organizaciones. Todos los efectores de la red, instituciones monovalentes, hospitales generales y centros de salud, así como otros programas sanitarios y organismos gubernamentales o estatales situados fuera del sector específico, mantienen contactos interinstitucionales en torno a la circulación de usuarios.

Conforme a la idea de descentralizar la atención de las instituciones monovalentes y promover formas de cuidados ambulatorios, la mayoría de los CAPS acoge pacientes que han sido derivados de hospitales psiquiátricos después de haber padecido instancias de internación. La situación es muy similar en los municipios de Paraná, Córdoba y Rosario, pero resulta diferente en la Ciudad de Buenos Aires debido a las pocas respuestas afirmativas.

No obstante, la derivación desde los CAPS a los hospitales monovalentes alcanza una magnitud sorprendente y muy similar entre las ciudades. Estos altos valores requerirían una indagación más profunda de la red sanitaria en cada contexto particular.

Aunque la circulación de usuarios entre los niveles del sistema de salud es significativa, las condiciones de esas trayectorias muestran que, en gran medida, no existen registros de referencia y contra-referencia. Menos de la mitad de las organizaciones los establecen sistemáticamente en la dinámica de pasaje de los usuarios, mientras que la mayoría no dispone de pautas de información escrita. Esta situación, desfavorable para la totalidad de las ciudades en estudio, es más acuciante en Paraná y Buenos Aires.

En cuanto a la existencia de espacios destinados a coordinar acciones en la red de salud mental para la provisión de cuidados, el 75% de las organizaciones cuenta con reuniones entre las instituciones y los prestadores, y asiste

a ellas. Pero la situación es muy desigual: los mayores problemas aparecen en la ciudad de Paraná, mientras que Rosario presenta el valor más alto, seguida de Córdoba y Buenos Aires.

Aunque 7 de cada 10 organizaciones declaran que existe una comunicación efectiva entre las instituciones de atención primaria y los demás efectores de la red cuando se derivan personas con problemas de salud mental, son muchas las instituciones que no cuentan con esa comunicación. Al interior de las jurisdicciones, la distribución es diversa: muestra una situación más favorable en Rosario y Córdoba que en Paraná y Buenos Aires. De manera excluyente, los mecanismos informales de referencia son los que operan frente a las circunstancias de derivación de pacientes.

DISCUSIÓN

La presencia de datos confiables otorga visibilidad a los componentes heterogéneos que forman parte de este proceso, dirigido a incorporar la salud mental en la atención primaria. La información, además, posibilita una mayor focalización para el diseño de acciones. Los resultados hallados trazan un perfil del conjunto de los municipios: muestran la situación general de la integración lograda pero, al mismo tiempo, destacan características y particularidades de cada contexto urbano, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de establecer campos de acción específicos.

La distribución territorial adecuada de los servicios avanza sobre el criterio geográfico-administrativo. Sin embargo, una mayor profundización requeriría efectuar un análisis poblacional considerando las necesidades sanitarias de los diferentes grupos sociales.

La baja calidad estructural de algunas de las unidades organizativas y la escasa confianza que ellas generan en los profesionales condicionan la atención a los usuarios y limitan las posibilidades de ejecución de las actividades cotidianas.⁹ La perspectiva de resguardo ético de la atención, ahora garantizado por la Ley de Salud Mental, marca el derecho a recibir tratamiento en forma confidencial, "en un ambiente apto y con resguardo de la intimidad".¹⁰

El ambiente de trabajo configura el "escenario" más íntimo en el que se producen los intercambios subjetivos. La transformación de los modos tradicionales de atención en salud mental y la mayor protección a través de dispositivos de base territorial requieren que éstos sean priorizados en las políticas sanitarias: deben constituirse no solo como espacios confortables para las personas que trabajan, sino también como un ámbito de "calidez e intimidad" para recibir a quienes padecen un sufrimiento psíquico.

Como demuestran estudios previos,^{7,11} existen dificultades evidentes cuando se intenta producir información sanitaria y epidemiológica actualizada. La ausencia de sistematización sobre la población asistida no permite cuantificar ni cualificar quiénes son, cuántos son y por qué concurren a solicitar ayuda las personas con problemas subjetivos en cada institución y en cada municipio. La iniciativa de

la ciudad de Buenos Aires de crear y sostener un Sistema de Información de Centros de Salud y Acción Comunitaria (SICESAC) representa una experiencia valiosa para el resto de las jurisdicciones y ofrece potencialidad para la gestión municipal del sector.

La continuidad de las acciones de cuidado, como mecanismo para evitar la fragmentación, involucra una red de salud mental estructurada, articulada entre los distintos niveles y focalizada en los servicios de atención primaria.^{12,13,14} Los resultados hallados sugieren que la propuesta de cuidados integrales presenta una fragilidad, que no se manifiesta tanto en la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios, sino en el tránsito que ellos desarrollan entre las diferentes organizaciones de la red.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Como fuera señalado a través de los hallazgos, menos de la cuarta parte de las instituciones producen información sanitaria sobre la población consultante y los procesos de atención. Y menos de un tercio de ellas dispone o produce información epidemiológica sobre las condiciones de vida de la población de referencia, crucial para producir un análisis exhaustivo de la situación de salud. La vacancia concreta de producción sistemática de información sanitaria y epidemiológica afecta significativamente al sector de la salud mental y exige esfuerzos específicos para revertir tal situación.

Si bien los procesos de derivación o interconsulta de los usuarios son prácticas instituidas, en gran medida éstas no se acompañan de la información pertinente. Como fue apuntado, menos de la mitad de las organizaciones implementaba registros de referencia escrita o contaba con pautas para su elaboración. Es necesario establecer rápidamente criterios y dispositivos que mejoren la calidad de la atención (para evitar que cada contacto sea el primero), la comunicación entre prestadores y entre instituciones de los distintos niveles y la información que acompaña el pasaje interinstitucional de los usuarios.

Ante la magnitud de la derivación de usuarios de los CAPS a los hospitales monovalentes, es necesario priorizar la profundización de la dinámica, los alcances y los recursos de la red de salud mental en cada contexto particular. Dentro de este marco, hay que identificar los nudos críticos por los cuales un gran número de pacientes que requieren internación saltean la atención en hospitales generales para ser asistidos en establecimientos psiquiátricos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Pese a disponer de áreas territoriales de responsabilidad sanitarias los CAPS no profundizan en un mayor conocimiento de las condiciones socio sanitarias de los grupos que las habitan, ni de los resultados en las condiciones de salud de la población que deviene de sus intervenciones. La incorporación de los análisis de situación, como instrumento clave para vincular las condiciones de vida de los grupos

sociales con los problemas prioritarios de salud mental, y las estrategias de resolución, contribuirían favorablemente a la producción de conocimiento y tendrían implicancias directas en la equidad de las prácticas sanitarias.

El vínculo entre los déficit de información epidemiológica, el número importante de CAPS que no intervienen con estrategias preventivas, y la menor proporción de tiempo que éstas prácticas insumen en los equipos sanitarios, se

torna indicativo de la postergación que la prevención y promoción de la salud mental agrupa. Cada vez es más necesario anticiparse a la expresión de los problemas de salud mental, interviniendo a través de prácticas preventivas y de promoción, lo que exige un conocimiento sistemático sobre los determinantes sociales y la influencia de componentes económicos, laborales, de género y de etnia, que comprometen de manera diversa la salud mental.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: no hubo conflictos de intereses durante la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ *Hacia un cuidado de la Salud para todos y por Todos. Buenos Aires 30/15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio.* Organización Panamericana de la Salud, 2007.

² Acurcio FA, Guimaraes MDC. Acessibilidade de individuos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996; 12(2):233-242.

³ Ramos DD, Silva Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 19(1):27-34.

⁴ Hartz Z, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros", *Cadernos de Saúde Pública*, 2004; 20(Sup 2):S331-S336.

⁵ Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999; 15(2):345-53.

⁶ Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Sao Paulo, 2009; 12(1):130-140.

⁷ Gerlero S, Augsburg AC, Duarte MP, Escalante MA, Ianowski V, Muttazi

E, et al. Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2010; 1(2):24-29.

⁸ Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud, 2009.

⁹ Guimaraes JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)Satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(4):2145-2154.

¹⁰ Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

¹¹ Augsburg AC, Gerlero SS, Corvalan F, Orzuza S. *El análisis de las políticas de Salud Mental en la provincia de Santa Fe. Debate postergado y necesario en el campo de la salud mental.* Divulgación de la producción científica. CyT 2009. UNR Editora.

¹² Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MC, Valencia E. Criterios de admisión y continuidad de cuidados en centros de atención psicossocial, Rio de Janeiro, Sureste de Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(Supl 1):23-28.

¹³ Oliveira, et al. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4):707-716.

¹⁴ Mesquita Ayres JRC. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 2009; 18(Sup 2):11-23.